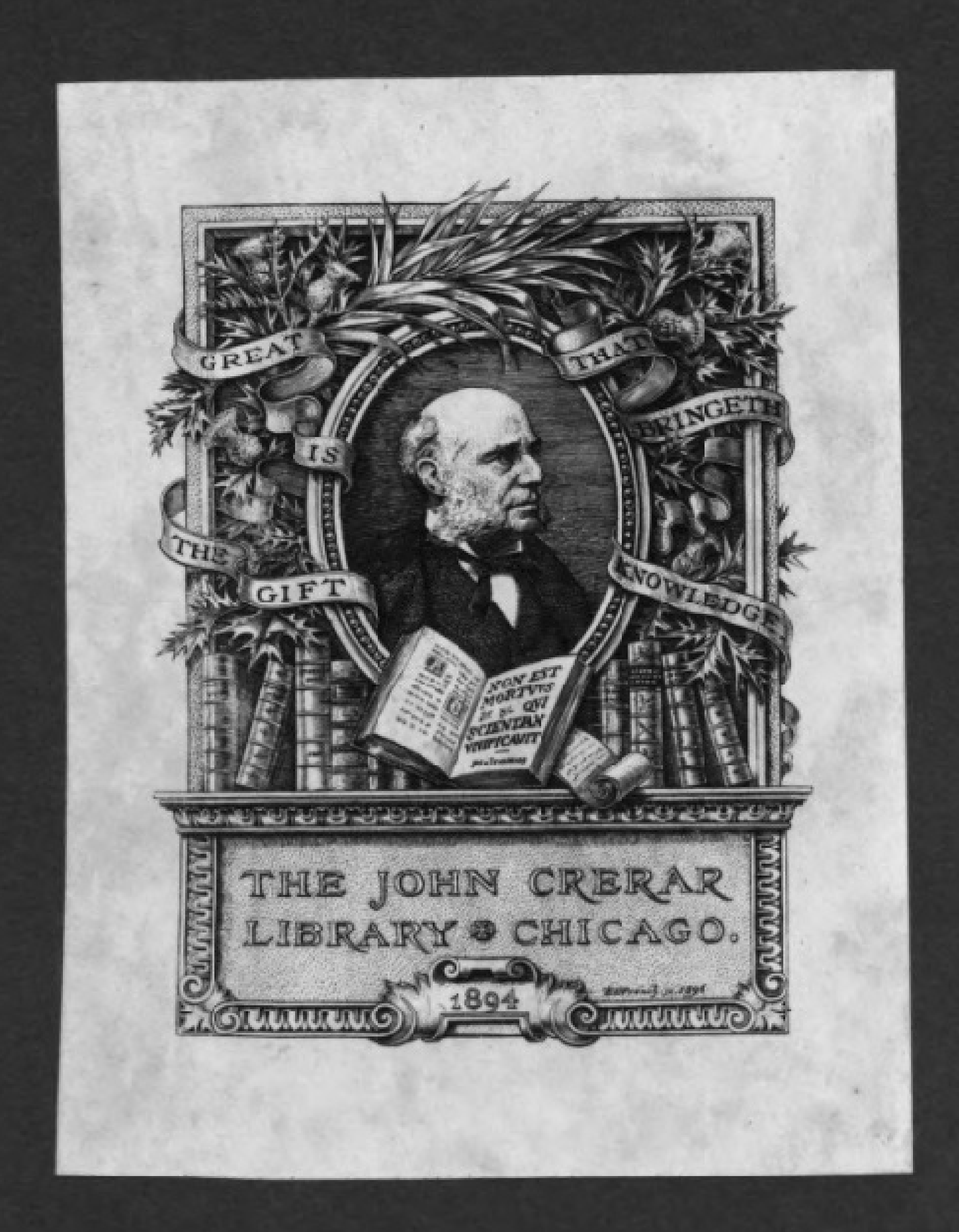
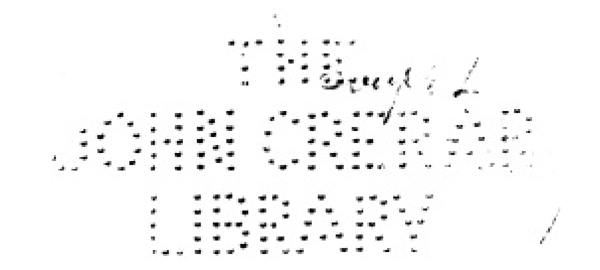


GREAT
IS
THE
GIFT
THAT
BRINGETH
KNOWLEDGE
NON EST
MORTVVS
QVI
SCIENTIAM
VIVIFICAVIT
THE JOHN CRERAR
LIBRARY CHICAGO.
1894



Inhalts-Verzeichniss

zum

Anzeiger

der

k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

1886.

Verfasst

von

Dr. S. Hajek,

I. Bibliothekar der k. k. Gesellschaft der Aerzte.

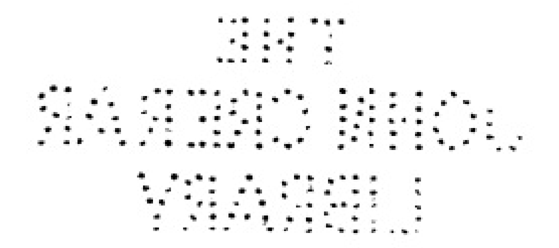
WIEN 1887.

ALFRED HÖLDER,

K. K. HOF- UND UNIVERSITÄTS-BUCHHÄNDLER,

Rothenthurmstrasse 15.





Inhaltsverzeichniss.

Verfasst von dem I. Bibliothekar **Dr. Hajek.**

Die Zahlen bedeuten die Nummern der Seite.



Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.



14. Jänner 1886. Nr. 1.

Anzeiger

der

k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Protokoll der Sitzung vom 18. December 1885.

Vorsitzender: Herr Hofrath **Billroth.**

Schriftführer: Herr Dr. v. **Hacker.**

Herr Dr. Josef **Paneth** hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber die motorischen Rindenfelder des Hundes.

Der Vortragende zeigt zunächst, dass die Ansichten verschiedener Forscher über die Bedeutung der von Hitzig und Fritsch entdeckten Thatsachen keineswegs übereinstimmen, dass sogar die differente Bedeutung verschiedener Partien der Hirnrinde, die Grundlage der sogenannten Localisationslehren, vielfach in Frage gestellt wird. Er bespricht die Ergebnisse der Reizung, die Beweise dafür, dass der Ort der Reizung die Hirnrinde selbst sei, und die Resultate der Exstirpation motorischer Felder beim Hunde. Er demonstrirt zwei Hunde, denen vor 20, bezüglich 6 Tagen, die motorische Zone einer Seite exstirpirt wurde und die die charakteristischen Störungen zeigen.

Er zeigt, dass die klinischen Thatsachen, wie sie von Exner verwerthet wurden, für die Localisation sprechen, und entwickelt den Begriff des „absoluten“ und „relativen“ Rindenfeldes eines Körpertheils, als derjenigen Orte auf der Hirnrinde, deren Verletzung immer oder nur in einem Theil der Fälle eine Störung in der Function des betreffenden Körpertheils nach sich gezogen hat.

Die Beweise werden angeführt, die dafür sprechen, dass das absolute Rindenfeld beim Menschen jenes Gebiet sei, von dem aus Fasern zu dem betreffenden Körpertheil in die Tiefe ziehen.

Der Vortragende hat sich auf Anregung und unter Leitung von Prof. Sigm. Exner im hiesigen physiologischen Institut der Aufgabe unterzogen, beim Hunde zu untersuchen, von welchen Theilen der Hirnrinde die directen Fasern abgehen. Er findet sie



für die Extremitäten promiscue vom hinteren Abschnitt des gyrus sigmoideus, ohne dass sich innerhalb dieses Gebietes weitere Localisationen ausmachen liessen. Die Fasern für die vom Facialis innervirten Muskeln ziehen wahrscheinlich von dem nach aussen benachbarten gyrus in die Tiefe.

Der gyrus sigmoideus ist jenes Gebiet, dessen Verletzung beim Hunde unter allen Umständen Motilitätsstörungen nach sich zieht, es ist das absolute motorische Rindenfeld des Hundes. Der Vortragende hat somit den Nachweis geliefert, dass auch beim Hunde die directen Fasern vom absoluten Rindenfeld entspringen, und dass sie promiscue, nicht in Bündel geordnet, abgehen.

Da das Programm der Sitzung darnach erschöpft ist, ergreift der Vorsitzende, Herr Prof. Billroth, das Wort, um der Gesellschaft in Kurzem die chirurgischen Erlebnisse seines heutigen Tages zu schildern und einige Bemerkungen daran zu knüpfen. Die erste in der Klinik ausgeführte Operation bestand in der sogenannten Radicaloperation einer Leistenhernie bei einem etwa zweijährigen Knaben. Der ziemlich grosse Bruch war gleich nach der Geburt entstanden.

Die Erfolge der Radicaloperation, welche, seit Czerny dieselbe wieder aufgenommen hat, häufig ausgeführt wird, sind weit hinter den Erwartungen zurückgeblieben. Selbst bei Kindern, wo man denken sollte, dass die Chancen am günstigsten wären, da man bei denselben oft Heilungen nach dem 2- bis 3jährigen Gebrauche eines Bruchbandes sieht, sind Recidive nach der Operation aufgetreten. Die Recidive ist meist bald entstanden, denn wenn man von einer Radicalheilung spricht, denkt man in der Regel nicht an eine decennienlange, sondern an eine Beobachtung von 3 bis 4 Jahren. Aber selbst eine so lange Heilung ist mit der neuen Methode selten erreicht worden.

Die Operation würde damit auf solche Fälle reducirt werden müssen, wo die Hernie nicht reponirbar ist und zweitens solche, welche wohl reponirt, aber nicht durch ein Bruchband zurückgehalten werden können. In den letzten Fällen handelt es sich in der Regel um eine eigenthümliche Beschaffenheit des Crus externum und internum des Leistenringes, deren unterer Theil atrophirt ist; bei diesen hält kein Bruchband. Bei der Radicaloperation soll die Narbe die Stelle der Pelotte vertreten. Jede Narbe ist jedoch dehnbar. Das zeigt sich auch hier. B. hatte Gelegenheit, viele von Czerny Operirte zu untersuchen, die am schnellsten Geheilten hatten am raschesten Recidive. Deshalb beschränkt B. die Operation auf wenige Fälle und sucht dann ein sehr massiges Narbengewebe zu erzielen. Die Methode, welche Billroth meist übt, besteht in der Loslösung des Bruchsackes vom Samenstrange, Unterbindung

des Bruchsackes, Abtrennen desselben von der Ligatur, Reposition des unterbundenen Bruchsackstumpfes und Vernähen der Schenkel des Ringes mit Seide. Auch bei dem Knaben wurde in dieser Weise operirt. Es entsteht darnach ein starres retroperitoneales Exsudat, ähnlich einem parametritischen, veranlasst durch den abgetrennten und reponirten Stumpf und durch die starken Seidennähte, welche eine locale Irritation unterhalten. Das Nähen mit Catgut sei daher verfehlt. Die Eiterung dauert in der Regel lange. Die Fälle, in denen Billroth eine Heilung noch nach 3—4 Jahren constatiren konnte, seien solche mit monatlanger Eiterung gewesen.

Die zweite Operation in der Klinik bestand in der Totalexstirpation einer Struma bei einer 32jährigen unverheirateten Frauensperson. Die Erkrankung betraf beide Hälften der Schilddrüse. Die Trachea war von rechts her in der Höhe des 2. bis 5. Trachealringes auf ein Dritttheil des Lumens comprimirt. Die faustgrosse rechtsseitige Struma enthielt eine grosse Menge von adenoiden Knoten. Bei einem Kinde von etwa 4—6 Jahren würde B. unter diesen Verhältnissen gewiss Jodinjectionen gemacht haben, da er hier nach 1—2 Injectionen dauernde Heilungen gesehen habe. Allerdings magern dabei die Kinder mitunter ab. Bei Erwachsenen ist durch Jodinjectionen kein so günstiges Resultat zu erwarten. Die Wirkung ist nur eine locale; es entsteht eine Narbe, erst wenn man monatelang fortfahre, lasse sich eine Wirkung erzielen durch die Narbenbildung. Auf die Rindensubstanz der Drüse, welche nach Wölfler das Wachsthum unterhält, haben die Injectionen meist wenig Einfluss. Da die Technik der Strumaexstirpation im Allgemeinen bekannt sei, wolle B. hier nur darauf aufmerksam machen, dass man auch auf die Verletzung der beiderseits der Trachea verlaufenden subcutanen Venen genau achten müsse. Auch hierbei könne es zum Lufteintritte und zum Tode dadurch kommen.

In der Klinik ereignete sich einmal dieser Fall; die Operation war vollendet, die Wunde vollkommen vereinigt. Die Erscheinungen traten beim Aufsetzen des Kranken zum Verbande ein, in welcher Lage der unbeachtet gebliebene und in der horizontalen Lage ausgezogene Längsschlitz der Vene zum Klaffen kam. Durch die künstliche Respiration, welche ausgeführt wurde, da man zunächst an eine Chloroformasphyxie dachte, wurde nur noch mehr Luft eingesaugt. Zwei ähnliche Fälle hat B. in der Privatpraxis beobachtet, welche jedoch beide glücklich ausgingen, indem die plötzlich eingetretene Blässe und die schlechte Athmung rasch vorübergingen. In einem dieser Fälle, der vor 6—8 Jahren in der Privatheilanstalt des Herrn Dr. Eder vorkam, konnte Billroth bei der Auscultation der Herzens bei jeder Systole ein blasendes, schlürfendes Geräusch wahrnehmen, das nach und nach schwächer wurde und nach 15 Minuten ganz verschwand. Es ist selbstverständlich,

*

dass man die verletzte Vene sofort verschliessen muss, zunächst durch den Finger und während der nächsten Exspiration durch Anlegen eines Schiebers und einer Ligatur.

Bei der heute operirten Patientin, welche hochgradig nervös ist, so dass die Möglichkeit des Eintretens einer Tetanie nach der Operation besprochen wurde, trat während der Narcose ein anderer Zustand ein. Die Kranke wurde im Gesichte auffallend blass und bekam heftige Inspirationskrämpfe, wie man sie bei Hysterischen beobachtet. Sie wurde deshalb mit grosser Vorsicht narcotisirt. Die Operation selbst verlief ohne Störung. Die Kranke war während derselben in einem der Hypnose ähnlichen Zustande.

Nachmittag untersuchte Herr Prof. Billroth mit Herrn Prof. Schroetter einen Kranken mit Larynxcarcinom, wo die Exstirpation ausführbar ist. Früher hat man sich in solchen Fällen mit der Laryngofissur und der Ausschabung begnügt. Die Resultate waren schlechte, die Eiterung dauerte sehr lange, meist necrotisirten Stücke des Knorpels und schliesslich kam es doch zu Recidive. Heute ist man kühner, man macht die Kehlkopfexstirpation; betrifft die Erkrankung nur eine Seite, so ist die halbseitige Larynxexstirpation vorzuziehen. Den Kranken wird dadurch meist eine Periode des relativen Wohlseins verschafft. Oft täuscht man sich vor der Operation über die Ausdehnung der Erkrankung. Die Verschiedenheiten des functionellen Resultates erklären sich daraus, dass man nicht in allen Fällen die Muskelansätze am Larynx wenigstens zum Theile erhalten könne. In einem Falle, den B. vor 3 Wochen operirte, wo die eine Larynxhälfte mit dem Ansatze der Muskel geblieben sei, phonirt die Kranke ganz gut.

Schliesslich erwähnt Prof. Billroth noch eines unangenehmen Accidens in seiner Ordination.

Ein junges Mädchen von etwa 16 Jahren hatte eine etwa kastaniengrosse Geschwulst im Munde, am linken Zungengrunde über der Epiglottis liegend, welche ihr seit etwa 6 Wochen grosse Beschwerden beim Athmen und Schlingen verursachte. Die Geschwulst war fast fluctuirend. Die Diagnose war unsicher. Prof. Billroth hielt es für das Wahrscheinlichste, dass es sich um einen Zungenabscess handle, von denen, wie die Untersuchungen Dr. v. Hacker's ergaben, viele actinomykotische sind. Deshalb machte er mit einem Bistouri eine $2^1/_2$ Linien tiefe Incision. Es kam ihm ein starker Blutstrahl entgegen. Da die Blutung nicht stand, war er genöthigt, durch etwa 10 Minuten die Digitalcompression auszuführen, und zwar gegen den aussen entgegengedrückten Finger, da kein anderer Stützpunkt da ist, und das Mädchen, das viel Blut verloren hatte und schwächlich gebaut war, noch durch eine Stunde in Beobachtung zu behalten. Die Digitalcompresssion hätte hier nur durch das Pean'sche, von Mikulicz modificirte Compressorium ersetzt werden

können. Die sehr compressible, vorwiegend aus Gefässen bestehende Geschwulst dürfte ein cavernöses Sarcom sein.

Herr Prof. Schroetter hat das Mädchen vor 2 Tagen untersucht und hatte vor zu versuchen, den Tumor mit der galvanokaustischen Schlinge abzutragen.

Prof. Billroth hat sich von der Abstielung der Geschwulst nicht überzeugen können; er würde die Operation von aussen, von unter dem Zungenbein her ausführen, um bei der Unterbindung von Blutgefässen freie Hand zu haben.

Wien, 8. Jänner 1886. Der Vorsitzende: v. Arlt.

Der Bibliothek der k. k. Gesellschaft der Aerzte wurden folgende Werke einverleibt:

Jahresbericht des Wiener Stadtphysikates über die Jahre 1883 und 1884 von Dr. Emil Kammerer, Dr. G. Schmidt und Löffler. 1 Bd. 8°. Wien 1885.

Bericht des k. k. Krankenhauses Wieden vom Jahre 1884. Wien 1885. 1 Bd. 8°.

Bericht der k. k. Krankenanstalt Rudolf-Stiftung in Wien vom Jahre 1884. Wien 1885. 1 Bd. 8°.

Drozda Dr. Jos. V. Ueber temporäre aphatische Zustände. Sep.-Abdr.

Fossel Dr. Victor. Volksmedicin und medicinischer Aberglaube in Steiermark. 1 Heft. 8°. Graz 1886.

Bardenheuer Prof. Dr. Die Krankheiten der oberen Extremitäten. I. Theil (Deutsche Chirurgie Billr. Luecke. Lieferung 36a). 1 Bd. 8°. Stuttgart 1886.

Ludwig C. Arbeiten aus der physiologischen Anstalt zu Leipzig. Jahrgang 1885. 1 Bd. 8°. Leipzig 1885.

Mann L. Das Wesen der Elektricität und die Aetiologie der Pest und der Cholera. 1 Heft. 8°. Berlin 1885.

Helmholtz H. von. Handbuch der physiologischen Optik. 1. Liefrg. 1. Heft. 8°. Hamburg und Leipzig 1886.

Gruenhagen Prof. Dr. A. Lehrbuch der Physiologie. 8. Liefrg. 1. Heft. 8°. Hamburg und Leipzig 1885.

XXII. medicinischer Bericht über die Thätigkeit des Jenner'schen Kinderspitals in Bern im Laufe des Jahres 1884, von Prof. Dr. R. Demme. 1 Heft. 8°. Bern 1885.

Cohn Prof. Dr. Hermann. Untersuchungen über die Tages- und Gasbeleuchtung in den Auditorien der Bresl. Univ. Sep.-Abdr.

New-Yorker medicinische Presse. December 1885. Nr. 1. Bd. 1. 1 Heft. 8°.

Key Axel Prof. Die Gesundheitsverhältnisse in d. Schulen Schwedens. Sep.-Abdr.

Anuario del Observatorio Astrionómico Nacional de Tacubaya, para el año de 1886. 1 Bd. 8⁰. Mexico 1885.

Norges officielle Statistik, tredie raekke Nr. 10. Beretning om Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene i Norge i Aaret 1882. gr. 8⁰. Christiania 1885.

Key Axel Prof. Bilaga E Till Läroverkskomiténs utlatande och förslag. Stockholm 1885. 2 Bände.

Angeschafft wurden:

Arndt: Die Neurasthenie. Wien 1885.

Hueppe: Formen der Bakterien. Wiesbaden 1886.

Dr. Hajek.
Dr. Chiari.

Summarischer Bericht über die Sitzung vom 8. Jänner 1886.

Vorsitzender: Herr Hofr. Prof. v. Arlt.
Schriftführer: Herr Doc. Dr. Bergmeister.

Der Vorsitzende macht Mittheilung von dem Ableben des Herrn Ober-Sanitätsrathes Dr. Schneller. Die Versammlung erhebt sich von den Sitzen.

Ferner theilt der Vorsitzende im Namen des Verwaltungsrathes mit, dass der Verlag der medicinischen Jahrbücher an die Firma Hölder übergegangen. Auch wird eine Aenderung in der Weise eintreten, dass künftighin nicht mehr 4 Hefte, sondern zur Beschleunigung der Publikation etwa 10—12 zwanglose Hefte jährlich erscheinen werden.

Als Rechnungsrevisoren schlägt der Verwaltungsrath die Herren Dr. Jurié sen., v. Dittel und Englisch vor. Wird angenommen.

Herr Prof. I. Neumann hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber Pemphigus foliaceus vegetans.

Herr Dr. Ehrmann bespricht im Anschlusse den mikroskopischen Befund an der grauen Substanz des Halsmarkes bei zwei Fällen von Pemphigus fol. v.

An der darauf folgenden Discussion betheiligen sich die Herren Doc. Dr. Riehl, Prof. Kaposi, Neumann und Ehrmann.

Herr Prof. Kundrat beginnt seinen angekündigten Vortrag: Ueber Nierenanomalien (Demonstrationen).



Programm

für die am Freitag den 15. Jänner 1886, Abends 7 Uhr, unter dem Vorsitze des Herrn Hofrathes Billroth stattfindende Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Herr Prof. **Kundrat**: Ueber Nierenanomalien. (Fortsetzung.)

Zum Vortrage gemeldet: Herr Prof. von Fleischl.

E. Ludwig. Bergmeister.

Herausgeber: **Die k. k. Gesellschaft der Aerzte.** — Für d. Redaction verantwortl.: Prof. **E. Albert.**
Verlag von **Alfred Hölder,** k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.
Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.



21. Jänner 1886. Nr. 2.

Anzeiger

der

k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Protokoll der Sitzung vom 8. Jänner 1886.

Vorsitzender: Herr Hofrath v. **Arlt**.
Schriftführer: Herr Doc. Dr. **Bergmeister**.

Herr Professor I. **Neumann** hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber Pemphigus foliaceus vegetans.

Das Geschichtliche dieser interessanten Krankheit besprechend, gibt der Vortragende bekannt, dass man dieselbe früher mit dem Namen „Framboësia syphilitica" belegte, eine Anschauung, welcher selbst Hebra huldigte.

Erst jener im Jahre 1876 vom Vortragenden in den medicinischen Jahrbüchern publicirte Fall bildete den Wendepunkt in der Auffassung dieser Krankheit, indem dieses Leiden in das ihm gebührende System des Pemphigus eingereiht wurde, und zwar einer bestimmten Form des P. vegetans mit absolut letalem Verlauf.

Die breiten, Condylomen ähnlichen Wucherungen, welche nach Entfernung der Blasenhülle auf der excoriirten Stelle entstehen, ferner die Tendenz der Krankheit, peripher weiterzuschreiten (P. serpiginosus) charakterisiren diese Form des Pemphigus.

Von welcher grossen Tragweite eine derartige Diagnose, geht daraus hervor, dass schon wenige Blasen an einem sonst ganz rüstigen Individuum genügen, um die traurigste Prognose zu stellen.

Der Vortragende geht sodann auf die Erörterung der klinischen Merkmale über, welche hauptsächlich in Folgendem bestehen:

Es erscheinen zunächst linsengrosse Blasen zumeist an den grossen und kleinen Labien, an der Mundschleimhaut, an den Lippen, an der Haut der Achselhöhle, später auch an der Vulva, an den Afterfalten und an der Vaginalportion; beim Manne zunächst an

der Mundschleimhaut und an den Lippen, in der Symphysengegend, ad Nates und an der inneren Schenkelfläche.

In späteren Stadien können die Blasen an der ganzen Hautoberfläche vorkommen.

Diese Blasen sind meist prall gespannt, platzen bald spontan, wenn sie nicht mechanisch entfernt werden. Es erscheint hierauf das Corium an der betreffenden Stelle blossgelegt, in deren Centrum drusige knopf- und warzenförmige Wucherungen dicht aneinander gedrängt entstehen.

An der Peripherie dieser Excoriation wird die Epidermis in Form von Schlangenlinien durch seröses Exsudat emporgehoben.

Die mit Wucherungen besetzte excoriirte Fläche sondert eine übelriechende, neutral oder alkalisch reagirende Flüssigkeit ab, welche zu dünnen Krusten eintrocknet.

In späteren Stadien hört die Bildung von Wucherung fast ganz auf, dafür wird die Blasenbildung umso reichlicher; schliesslich lösen sich nur mehr grössere Epidermislamellen ab, wodurch der Papillarkörper auf grösseren Strecken blossgelegt erscheint und das Krankheitsbild den Verbrennungen zweiten Grades ähnlich wird.

Zur Stellung der Differentialdiagnose zwischen dieser Krankheit und breiten confluirenden Condylomen möge man im Auge behalten:

1. Die Beschaffenheit der Peripherie.

Die Wucherungen beim P. foliac. vegetans sind von einem Blasenwall umgeben, die breiten Condylome haben einen scharfen infiltrirten Rand.

2. Die Wucherungen beim P. haben gewissermassen ein gestipptes Aussehen, während die breiten Condylome einen gleichmässigen Belag aufweisen.

3. Bei condylomatösen Wucherungen, die doch Symptome einer recenten Lues sind, kommen fast immer noch andere Zeichen von Syphilis zur Beobachtung.

Die breiten Condylome bilden sich leicht zurück, während die Wucherungen bei Pemphigus nur zunehmen.

Prof. Neumann beobachtete 9 Fälle, die fast alle antisyphilitische Curen durchgemacht hatten. Die Krankheitsdauer war zumeist 10 Monate. Die 4 letzten Fälle lagen auf der Klinik des Vortragenden und konnten genauer beobachtet werden.

Die mikroskopische Untersuchung ergab Folgendes:

In der Epidermis fand sich stellenweise ein Fachwerk von verlängerten Retezellen vor, zwischen welchen Exsudatzellen eingelagert waren, ähnlich wie bei Verbrennungen zweiten Grades oder bei Variola und Herpes. In den verbreiterten und verlängerten Zapfen des Rete Malpighii zahlreiche verschieden grosse Nester von Eiterzellen angehäuft, die Cutis körnig getrübt, ihre Gefässe sämmt-



lich erweitert, die Adventitia zellig infiltrirt. Die Haarbälge zeigten kolbige Ausbuchtungen. Die Ausführungsgänge der Talg- und Schweissdrüsen erweitert und infiltrirt, mit verhornten Zellen angefüllt.

Die Krankheit führt ziemlich rasch zu Kräfteverfall und Marasmus und in drei Fällen traten kurz vor dem Tode Rückmarkssymptome auf.

Diese bestanden im 1. Falle in schmerzhaften Contracturen im Knie- und Ellbogengelenke, sowie Sehnenreflexsteigerung, beim 2. Falle waren nur gesteigerte Sehnenreflexe an der unteren Extremität vorhanden und im 3. Falle endlich andauernde Contracturen des rechten Oberschenkels nebst erhöhten Patellar- und Triceps-Sehnenreflexen.

Die bei zweien dieser Fälle im pathologischen Institute von Dr. Zemann vorgenommene Obduction ergab: Erweichung, Lückenbildung und Atrophie im Hals und Lendentheil. Im 2. Falle waren ausserdem im Bereiche des ganzen Lendenmarkes die Vorderhörner breiig erweicht und im Conus floss die breiige Masse beim Einschneiden leicht aus, so dass sich dadurch in den Vorderhörnern zwei klaffende Höhlen bildeten.

Assistent Dr. Ehrmann fand bei der mikroskopischen Untersuchung die weisse Substanz normal, die graue Substanz, insbesondere um die Lücken herum, erweicht, bestehend aus einer feinen moleculären Masse, in welcher Bruchstücke von knotig und gleichmässig geschwellten Nervenfasern, Ganglienzellen ohne Fortsätze und zum Theil aneurysmatisch erweiterte Gefässe eingebettet lagen.

Ueber die Bedeutung der Myelitis für den in Rede stehenden Krankheitsprocess lässt sich vorläufig nichts sagen, um daraus weittragende Schlüsse ziehen zu können.

Herr Dr. Ehrmann spricht über die anatomischen Veränderungen in zwei Fällen von Pemphigus foliaceus vegetans, die zur Obduction gelangten. Die angefertigten Präparate sind nach den Weigert'schen Methoden mit Säurefuchsin und Hämatoxylin gefärbt. In einem Falle war die Hauterkrankung auf den ganzen Körper ausgebreitet, aber mit grösster Intensität die Achselhöhlen und die äusseren Genitalien afficirt. In diesem Falle konnte man schon makroskopisch Lücken in der vorderen grauen Substanz der Vorderhörner beobachten, ausgekleidet von einer Zone erweichter grauer Substanz.

Bei der näheren Untersuchung erwies sich dieselbe aus knotig und gleichmässig geschwellten Nervenfasern bestehend, die zugleich mit fortsatzlosen Ganglienzellen und locker eingefügten Gefässen, sowie mit freien Körner- und Körnchenzellen in eine fein moleculare Masse eigelagert waren. Der Zellleib der Ganglienzellen zeigte an einzelnen Theilen desselben körnigen Zerfall, die Peripherie der

grauen Substanz war anscheinend intact. Die Nervenfasern der vorderen, sowie der hinteren Wurzeln waren bis hart an die Grenze der erweichten Substanz zu verfolgen und verhielten sich in dem intacten Grenzantheile normal. Die graue Substanz war in keinem einzigen Rückenmarkssegmente total zerstört, um den Centralcanal fanden sich stets Rundzellen.

Im zweiten Falle war die Erkrankung weniger ausgebreitet, nur die Umgebung der Genitalien, sowie die Schleimhaut des Mundes und des Schlundes waren erkrankt. Dem entsprechend fanden sich auch weniger tiefgreifende anatomische Veränderungen. Im Lendenmark zeigte sich eine leichte Lockerung in den centralen Partien. Die Veränderungen an den multipolaren Ganglienzellen der Vorderhörner und um den Centralcanal waren dieselben wie in dem ersten Falle.

Herr Docent Dr. Riehl berichtet über drei ähnliche Fälle, von welchen er zwei während des Lebens beobachtete, einen post mortem sah. Zunächst bestätigt R., dass die Krankheit dem Pemphigus zuzuzählen ist und eine eigene Form desselben darstelle, welche zwar klinisch manche Aehnlichkeit mit Syphilis darbiete, aber von Syphilis durchaus unabhängig sei. Auch bezüglich des Verlaufes und der Prognose stimmt R. mit Neumann überein.

Bezüglich der von Neumann mitgetheilten Rückenmarksveränderungen ist R. der Ansicht, dass dieselben — wenn sie überhaupt als pathologisch anzusehen sind — mit dem Pemphigus in keinem causalen Zusammenhange stehen, da ein von ihm untersuchtes Rückenmark eines ähnlichen Falles (Sept. 1883) gar keine pathologischen Veränderungen aufwies.

Das Zustandekommen der Papillome bei diesen Formen erklärt sich auf zweifache Art und sind danach die Fälle zu trennen. In einer Reihe von Fällen treten nämlich auf den lange Zeit von Epidermis entblössten Stellen, namentlich wenn sie mit anderen Hautpartien dauernd in Contact waren, wuchernde Granulationen auf, so z. B. an den Genitalien, in der Achselfalte etc., ganz ähnlich wie man dies bei Dermatitisformen bisweilen sieht.

Die zweite Art der Papillombildung kann man bei dieser Pemphigusform namentlich an Plaques beobachten, welche an freiliegenden Hautpartien sitzen.

An solchen Stellen bemerkt man, während am Rande noch neue Blasennachschübe erfolgen, im Centrum eine bläulichweisse Stelle, welche aus neugebildeter Epidermis besteht; die ursprünglich glatt überhäutete Partie wird bald höckerig, die Höckerchen wandeln sich in Papillome um, welche mehr minder mächtige Hornlager tragen. Bei der anatomischen Untersuchung findet man, dass knapp am Ueberhäutungssaume kolben- und zapfenförmige Retemassen sich



in das entzündlich infiltrirte Corium einsenken und zwischen ihnen dünne, in die Länge gezogene Papillen liegen.

Die wuchernden Retezellen verhornen später nicht blos an der Oberfläche, sondern auch in der Achse der Zapfen, in Folge dessen spalten und zerklüften sich diese und die langen dünnen Papillen stehen nun, von einer dicken Schichte Rete M. und Epidermis bedeckt, frei nebeneinander. Die Wärzchenbildung ist hier eine Folge der Retewucherung.

Weil nun bei dieser Pemphigusform die Papillombildung Folge von übermässiger Epithelbildung bei der Ueberhäutung darstellt, sollte diese Pemphigusform nicht in die Gruppe des P. foliaceus eingereiht werden, dessen charakteristisches Symptom nach Hebra das Nichteintreten der Ueberhäutung bildet.

R. zeigt histologische Bilder aus einer im nächsten Hefte der medicinischen Jahrbücher erscheinenden Arbeit über denselben Gegenstand.

Herr Prof. Kaposi hat 12—15 Fälle von Pemphigus fol. veg. gesehen. Er glaubt nicht, dass man die Sache in dem Sinne betonen sollte, als wenn das wirklich ein Pemphigus sui generis wäre. Die Mannigfaltigkeiten des Pemphigus sind eben colossal. Allein ein Pemphigus vegetans ist noch nicht ein maligner à tout prix. Es kann auch bei einem Pemph. vulg. zu einer solchen Vegetation kommen und diese kann einen croupösen Beleg bekommen. Zweifellos gibt es Formen, welche von vornherein als P. veget. auftreten, einen sehr schlechten Eindruck machen und eine schlechte Prognose geben. K. möchte sie aber doch nicht abtrennen von den anderen Pemphigusformen, sondern meinen, es gebe Uebergangsformen. Manche Personen disponiren, wie bekannt, zu derartigen Vegetationen. Was das Rückenmark anlangt, hält K. diese Beziehung zwischen Rückenmarks- und Hautaffection nicht für haltbar.

Herr Prof. Neumann hebt gegenüber Kaposi hervor, dass es sich hier um eine bestimmte in diagnostischer und prognostischer Beziehung genau markirte Erkrankung handelt, welcher gegenüber die zahlreichen Benennungen der übrigen Pemphigusarten nicht alterirt werden. Gerade diese grosse Aehnlichkeit mit breiten Condylomen ist für die in Rede stehende Erkrankung charakteristisch genug, und während der gewöhnliche Pemphigus foliaceus oft erst nach Jahren ein letales Ende herbeiführt, verläuft diese Form in weit acuterer Weise letal.

Auf die Ausführungen des Dr. Riehl entgegnet Neumann: Wenn auch der vitale Vorgang in dem Rete zweifellos ein beträchtlicher ist, wie dies N. schon aus der beträchtlichen Eiteransammlung und Zapfenbildung des Rete betont hat, so ist doch die Bildung vergrösserter Papillen hier das Primäre, was man daraus erschliessen kann, dass die Capillarschlingen beträchtlich

vergrössert und erweitert sind, das Cutisgewebe selbst geschwellt, auch an solchen Stellen, an denen die ganze Epidermis schon abgestossen, daher auch im Papillarkörper als solchem ein activer Vorgang stattfindet.

Die Befunde im Rückenmarke, welche sowohl klinisch als auch anatomisch, makro- und mikroskopisch constatirt sind, können vorläufig gleichwie diejenigen Befunde, welche seinerzeit Dr. Jarisch bei dem Herpes Iris im Rückenmarke constatirte, nur verzeichnet werden.

Herr Dr. Ehrmann glaubt, dass es ähnlich, wie bei anderen trophischen Störungen an der Peripherie, auch hier unentschieden bleiben müsse, ob die Veränderungen im Rückenmarke als Ursache der Hauterkrankung zu betrachten seien.

Herr Prof. Kundrat beginnt seinen angekündigten Vortrag: „Ueber Nierenanomalien".

Wien, 15. Jänner 1886. Der Vorsitzende: Billroth.

Für die medicinischen Jahrbücher sind bei der Redaction folgende Abhandlungen eingelaufen:

1. Untersuchungen über die Gefässnervencentren im Gehirn und Rückenmark von Prof. S. Stricker.
2. Die Prävalenzhypothese und die Spannung des elektrischen Stromes von Demselben.
3. Ein Beitrag zur Kenntniss der Reflex-Hyperämie von Dr. Felix Kauders (aus dem Institute des Herrn Prof. Stricker).
4. Die senilen Veränderungen der Grosshirnrinde von Dr. S. Kostjurin (aus dem Laboratorium des Herrn Prof. Obersteiner).
5. Beitrag zur Lehre von der Entwicklungsgeschichte der Patella von Dr. Jul. Kaczander (aus den Institute des Herrn Prof. Schenk).
6. Ueber die Beziehungen des Medullarrohres zu den Primitivstreifen, von Demselben.



Summarischer Bericht über die Sitzung vom 15. Jänner 1886.

Vorsitzender: Herr Hofrath Billroth.

Schriftführer: Herr Dr. v. Hacker.

Herr Hofrath Billroth stellt einen Kranken seiner Klinik vor, der an einer merkwürdigen Verkrümmung am rechten Fusse leidet.



Herr Dr. v. **Hacker** stellt einen Knaben mit Paralyse der unteren Extremitäten vor und bespricht die Anwendung des Verbandes mit plastischem Filz zum Ersatz von Stützapparaten.

Herr Doc. Dr. **Königstein** macht eine Mittheilung über einen Versuch mit Kawaïn.

Herr Dr. **Kolisko** zeigt Präparate von einem Babdomyom des Herzens.

Herr Prof. **Kundrat** beendet seinen in der vorigen Sitzung begonnenen Vortrag: „Ueber Nierenanomalien."



Programm

für die am Freitag den 22. Jänner 1886, Abends 7 Uhr, unter dem Vorsitze des Herrn Professor **Kundrat** stattfindende Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

---

1. Herr Doc. Dr. **Maydl**: Kriegschirurgische Erfahrungen aus Belgrad, nebst Vorschlägen.
2. Herr Dr. **Richard Wittelshöfer**: Kriegschirurgische Mittheilungen aus Bulgarien.

Vorträge haben angemeldet die Herren: Prof. v. Fleischl, Prof. Kundrat, Dr. Richard Paltauf, Hofr. Meynert, Dr. Koller.

E. Ludwig. Bergmeister.

Herausgeber: **Die k. k. Gesellschaft der Aerzte.** — Für d. Redaction verantwortl.: Prof. **E. Albert.**
Verlag von **Alfred Hölder**, k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.
Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

28. Jänner 1886. Nr. 3.

Anzeiger der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Protokoll der Sitzung vom 15. Jänner 1886.

Vorsitzender: Herr Hofrath Billroth.

Schriftführer: Herr Dr. v. Hacker.

Herr Hofrath **Billroth** demonstrirt einen Kranken seiner Klinik, der mit einer eigenthümlichen Difformität des Fusses behaftet ist. Man möchte auf den ersten Blick glauben, es handle sich um eine schlecht geheilte Fractur am unteren Ende der Tibia, wobei die Epiphyse schräg abgebrochen, der Fuss nach innen luxirt und in starke Supinationsstellung gebracht worden sei. Das ist aber nicht der Fall, vielmehr hat sich diese Verkrümmung ganz spontan und allmälig entwickelt. Der 40 Jahre alte Mann war im August 1882 auf der Klinik aufgenommen worden. Wegen einer nicht ausgedehnten Caries des Metatarsus V. wurde eine Auskratzung mit partieller Resection des Metatarsus vorgenommen. Nach erfolgter Ausheilung war er als Postdiener thätig. Beim Abspringen vom Wagen, beim Ausheben der Briefkästen, erlitt er einmal eine Verstauchung durch Umkippen des Fusses. Er machte aber seinen Dienst weiter und erst einen Monat später war er genöthigt denselben zu unterbrechen und musste durch 3 Wochen zu Hause bleiben. Darnach wieder dienstfähig, bemerkte er im Laufe der Zeit das allmälige Entstehen der Verkrümmung.

Der Malleol. ext. und das untere Ende der Tibia sind sehr stark verdickt, die Tibia ist schief abgeschrägt, der Talus nach oben innen gerutscht, am Dorsum pedis eine abnorme Knochenwucherung zu Stande gekommen. Dieser Zustand fällt in die Kategorie der Arthritis deformans. Es ist fraglich, ob zu den Störungen des Gleichgewichtes des Fusses und zur Verschiebung des Knochengerüstes die vorausgegangene Operation, nämlich die Ausschaltung des Metatarsus V. beigetragen habe? Bekannt ist, dass nach Luxa-

tionen und Distorsionen der Process der Arthritis öfters auftritt, doch hat B. dies nie in einem so hohen Grade gesehen. Der Mann kommt aber nicht deshalb, sondern wegen einer grossen schmerzhaften Schwiele an der 4. Zehe um Hilfe, die man ihm am erfolgreichsten durch Exarticulation derselben leisten kann. Interessant ist dieser Fall auch deshalb, da ja sonst tuberculöse Individuen von Arthritis deformans verschont zu werden pflegen.

Prof. **Kundrat** hat unlängst bei der Section eines Mannes, der nebenbei auch an Arthritis im Kniegelenke litt, einen ganz ähnlichen Befund am Fusse getroffen.

Herr Dr. v. **Hacker** stellt einen 4 Jahre alten, an Paralyse der unteren Extremitäten leidenden Knaben vor, an dem er einen Verband mit plastischem Filze anlegte, zum Ersatz von Stützapparaten. Seit langer Zeit sei fast überall in Deutschland und Oesterreich der plastische Filz in Anwendung und zwar der von Bruns als Ersatz des englischen plastischen Filzes empfohlene mit einer alkoholischen Schellacklösung imprägnirte Sohlenfilz. Am häufigsten gebrauche man ihn in Form von Rinnen und Hohlschienen bei den verschiedensten Verletzungen der Knochen und Gelenke, ausserdem zu den mannigfaltigsten orthopädischen Zwecken. In den Fällen, wo es sich um den Ersatz von Stützapparaten für die untere Extremität in der Armenpraxis handelt, so nach Osteotomien, Redressement von genu valgum, statt eines Taylor bei Coxitis, bei infantilen Lähmungen etc. bediente man sich bisher der Contentivverbände mit Schienen, namentlich des Verbandes mit appretirtem Organtin oder mit Wasserglas. Der letztere Verband, namentlich nach Art des von Kappeler und Hafftcr beschriebenen articulirten Verbandes, war für solche Fälle auch an Herrn Prof. Billroth's Klinik viel in Anwendung. v. H. hat nun den Versuch gemacht zunächst in 2 Fällen von Paralysis essentialis der beiden unteren Extremitäten den plastischen Filz zu verwenden und damit dasselbe wie mit einem Stützapparate erreicht, die Kranken durch Immobilisiren des Fuss- und Kniegelenkes zum Gehen wie auf Oberschenkelamputationsstümpfen zu bringen.

Die Wasserglasverbände wurden nämlich, wenn man Schienen mit einer Tuberstütze in dieselben aufnahm, den Kindern leicht zu schwer; der Verband sollte nirgends drücken, um Decubitus zu vermeiden, und wenn man ausgiebig polsterte, verschob er sich leicht hin und her.

Die mit dem plastischen Filz angelegten Verbände brauchen keine Polsterung, sie können auch unmittelbar an die Haut angelegt werden, sie schmiegen sich der Körperform genau an, sie sind unendlich leicht, gewähren eine hinlänglich feste Stütze und kommen bedeutend billiger.

Beispielshalber führt v. H. an, dass die bisher in den Wasserglasverband eingeschlossene Schiene mit Tuberstütze für eine Seite allein schwerer sei als der ganze Filzverband für die Extremität, dass ferner eine solche Stütze theurer kam, als der Filzverband für beide Ertremitäten.

Diese Applicationsweise des Filzes sei erst möglich geworden, seitdem der Klinik eine bessere Sorte Filz zur Verfügung stehe. Der Filz ist derselbe, den man zu den abnehmbaren Miedern verwendet, über deren Anfertigung und Anwendung im Vorjahre Herr Dr. von Horoch und Herr J. Leiter ausführlich in dieser Gesellschaft berichtet haben.

Der erste Verband wurde nach v. Hacker's Angabe von Herrn Leiter ausgeführt. Seitdem alle nöthigen Behelfe angeschafft sind, geschieht die Herstellung derselben an der Klinik selbst. Die meisten dieser Verbände, wie auch der an dem vorgestellten Knaben, wurden von Herrn Dr. Felix Schwarz hergestellt.

Die Anlegung geschieht folgendermassen:

Es werden zunächst die nöthigen Maasse genommen, z. B. für einen bis zum Tuber ischii reichenden Verband, die Länge des Ober- und Unterschenkels, die Circumferenz des Oberschenkels, des Kniegelenkes, des Unterschenkels um die Molleolen etc., darnach wird der nicht imprägnirte Filz zugeschnitten. Nachdem er in heisses Wasser getaucht war, wird der Filz genau an den Körpertheil angelegt, dabei werden die Gelenke in die Stellung gebracht, in der sie fixirt werden sollen, dazu müssen an einzelnen Stellen, zum Beispiele am Fusse Zwickel etc. ausgeschnitten werden, um die Körperform gleichsam zu modelliren. Der Verband wird durch provisorische Hefte angezogen. Ist das Wasser gut ausgedrückt, so genügt es, wenn man ihn 1 Stunde liegen lässt, bei den stationären Kranken kann man ihn bis zum vollständigen Trocknen (etwa 12 Stunden) an dem Körpertheil belassen. Hierauf folgt das Imprägniren mit der Schellacklösung (600 Grm. Orangeschellack auf 1 Liter Alkohol) von aussen mit einem Borstenpinsel bis der Filz gleichmässig durchtränkt ist. Die Ränder des Verbandes werden (auf 2—3 Ctm.) nicht imprägnirt, damit sie nicht drücken und damit man daran Lederstreifen, die mit Schnürhaken versehen sind, annähen kann. Ist dies alles geschehen, so lässt man den Verband an der Luft durch 24 Stunden trocknen.

Zur Anlegung muss der Filz auf etwa 92° C. erwärmt werden, entweder im Gasofen, oder in einem Waschkessel, event. auch in der Bratröhre eines Herdes etc. oder man führt, nachdem man auf den Filz feuchte Compressen gelegt hat, mit einem heissen Bügeleisen darüber. Der durch das Erwärmen erweichte Verband wird sodann applicirt, und durch einen Schnürriemen angezogen. In 2—3 Minuten ist der Verband vollkommen hart.

Der Verband kann verschieden modificirt werden. Zur Herstellung einer Tuberstütze kann man den weichen Filz an der Stelle einrollen, festnähen und die oberste Partie nicht imprägniren.

Dort wo man den Verband fester machen will, kann man Streifen von Filz daraufnähen, darunter auch Schienen von Holz, Blech oder Eisen schieben und dann erst mit Schellack imprägniren. Man wird damit auch articulirte Verbände herstellen können, wenn man an solchen Stellen (an den Gelenken), wo man sonst Ausschnitte zu machen pflegte, den Verband nicht imprägnirt.

H. glaubt, dass diese Applicationsweise des plastischen Filzes für den praktischen Chirurgen deshalb von Wichtigkeit sei, weil man dadurch armen Kranken, die sich keine Apparate kaufen können, dieselben durch ein viel billigeres Material ersetzen könne.

Herr Prof. Billroth hält diesen Verband für die ärmere Classe für sehr vortheilhaft. Wenn ein solcher Filzverband selbst nur $1/2$ bis $3/4$ Jahre anhalte, so würde dies genügen, weil die Apparate der Bandagisten auch nicht länger taugen.

Herr Docent Dr. L. Königstein zeigt zwei Präparate, die ihm Herr Dr. Friedrich (Apotheke zum König von Ungarn) nach der Angabe von Prof. Lewin in Berlin aus Piper methysticum bereitet hat und mit welchen K. Versuche an den Augen von Kaninchen und Hunden gemacht hat. Er bestätigt die Resultate Lewin's, dass sowohl das Kawa-Harza, als die alkoholische Lösung desselben Conjunctiva und Cornea total anästhesiren, dagegen gelang es ihm nicht, beim Menschen mit seinem Präparate Anästhesie hervorzurufen, dasselbe wirkte im Gegentheile reizend. Wahrscheinlich wäre das Präparat nicht ganz rein. Was die Kosten betreffe, so würde sich dasselbe gegenwärtig bei dem hohen Preise des Rohmateriales (100 Gr. Pip. methyst. 90 kr.) kaum billiger als Cocain stellen. Weitere Versuche müssten jedoch erst lehren, ob das Kavein ein ernstes Concurrenzpräparat des Cocain werden könne.

Herr Dr. Kalisko zeigt Präparate von einem Rabdomyom des Herzens, das der Leiche eines 2jährigen Kindes entnommen ist. (Das Nähere im nächsten Heft der med. Jahrbücher.)

Herr Prof. Kundrat beendet seinen angekündigten Vortrag: „Ueber Nierenanomalien". (Der Vortrag erscheint vollständig im nächsten Hefte der med. Jahrbücher.)

Wien, 22. Jänner 1886. Der Vorsitzende: Kundrat.



Summarischer Bericht über die Sitzung vom 22. Jänner 1886.

Vorsitzender: Herr Prof. **Kundrat.**

Schriftführer: Herr Dr. **Jaksch.**

Herr Prof. **Neumann** demonstrirt einen Fall von Reinfection bei Syphilis.

Herr Prof. **Benedikt** stellt einen Fall von Labyrinthaffection und einen Fall von Schlaflosigkeit, geheilt durch die elektrostatische Douche, vor.

Herr Prof. **Hofmokl** demonstrirt einen Fall von Darmcarcinom, welches durch Resection des Darmes geheilt wurde.

In der Discussion spricht Herr Prof. **Albert.**

Herr Dr. **Zemann** spricht über den anatomischen Befund in zwei von Prof. Neumann in früheren Sitzungen mitgetheilten Fällen von Pemphigus fol. veget.

Zur Discussion spricht Prof. **Neumann.**

Herr Docent Dr. **Maydl** theilt seine kriegschirurgischen Erfahrungen mit aus Belgrad.

Herr Gen.-Stabsarzt **Podrazky** betheiligt sich an der Discussion.

Herr Dr. **Wittelshöfer** theilt seine kriegschirurgischen Erfahrungen mit.

Programm

für die am Freitag den 29. Jänner 1886, Abends 7 Uhr, unter dem Vorsitze des Herrn Professor **Albert** stattfindende Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

---

1. Herr **J. Leiter**: Demonstration verbesserter Wärmeregulatoren.
2. Fortsetzung der Discussion über den Vortrag des Herrn Dr. Maydl; zum Worte gemeldet: Herr General - Stabsarzt **Podrazky.**
3. Herr Dr. Richard **Paltauf**: Ueber einen Fall von Actinomycosis der Lunge.
4. Herr Professor **Kundrat**: Ueber Varices des Oesophagus und einen seltenen Fall von Collateral-Kreislauf.

Vorträge haben angemeldet die Herren: Prof. v. Fleischl, Hofr. Meynert, Dr. Koller, Prof. von Mosetig-Moorhof, Dr. Steinbach.

E. Ludwig. Bergmeister.

Herausgeber: **Die k. k. Gesellschaft der Aerzte.** — Für d. Redaction verantwortl.: Prof. **E. Albert.**

Verlag von **Alfred Hölder,** k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.

Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

Neueste medic. Erscheinungen,

mitgetheilt durch die

Beck'sche k. k. Hof- und Universitäts-Buchhandlung,

(ALFRED HÖLDER)

Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

Bericht, 22ster medicinischer, über die Thätigkeit des Jenner'schen Kinderspitales in Bern im Laufe des Jahres 1884. Veröffentlicht von Dr. A. Demme. fl. 1.24

Betrachtungen über unser medicinisches Unterrichtswesen. gr. 8° Wien. fl. —.25.

Bunge, Vitalismus und Mechanismus. Vortrag. Leipzig. fl. —.37.

Dettweiler, Bericht über 72 seit 3—9 Jahren völlig geheilte Fälle von Lungenschwindsucht. Frankfurt a. M. fl. —.74.

Gohde, Beitrag zur Anwendung des Cocain in der inneren Medicin. Inaug.-Diss. Erlang. fl. —.74.

His, Beiträge zur Anatomie des menschlichen Herzens. Mit 3 Tafeln in Lichtdruck. Leipzig. fl. 1.24.

Koch, Dr. H., Ueber die künstliche Herstellung von Zwergbildungen im Hühnerei. Inaug.-Diss. Mit 2 Tafeln. Stuttgart. fl. 1.12.

Kölliker, H. Th., Zweiter Bericht über meine chirurgische Poliklinik von 1883—1885. fl. —.50.

Krukenberg, Vergleichend-physiolog. Vorträge. V. Heidelberg. fl. 1.98.

Inhalt: Grundzüge einer vergleichenden Physiologie der contractilen Gewebe.

Neukom, M., Die epidemische Diphtherie im Canton Zürich und deren Beziehungen zum Luftröhrenschnitt. Statistisch-klinische Untersuchung. Lex. 8° Mit Tafeln. Leipzig. fl. 3.72.

Sammlung klinischer Vorträge. Herausg. von R. Volkmann. Nr. 262 bis 265. Leipzig. Einzelpreis fl. —.45.

Inhalt: **Mikulicz**, Ueber Laparotomie bei Magen- und Darmperforation. — **Raehlmann**, Ueber Trachon. — **Müller**, Ueber das Einpressen des Kopfes in den Beckenkanal zu diagnostischen Zwecken. — **Lutz**, Ueber Ankylostoma duodenale und Ankylostomiasis. (Doppelheft.)

Witrowsky, Systematisch-chronologische Sammlung der österreichischen Sanitäts-Gesetze und Verordnungen, mit besonderer Rücksicht auf Böhmen. 2 Bände. Prag. fl. 12.—

4. Februar 1886. Nr. 4.

Anzeiger

der

k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Protokoll der Sitzung vom 22. Jänner 1886.

Vorsitzender: Herr Prof. **Kundrat.**

Schriftführer: Herr Dr. **Jaksch.**

Herr Prof. **Benedikt** stellt zwei Kranke vor, welche ihm für die Effecte der statischen Elektricität lehrreich erscheinen.

Bei dem ersten Kranken entwickelte sich im Laufe des letzten Sommers einseitig (links) Schwerhörigkeit, Ohrensausen, Schwindel und Eingenommenheit des Kopfes.

Der Ohrenarzt Herr Dr. Hrubesch constatirte (Anfangs November 1885) eine gut charakterisirte primäre Labyrinthaffection mit leichter Röthung am knöchernen Theile des äusseren Gehörganges, welche auch theilweise auf's Trommelfell übergriff.

In der Trommelhöhle und Tuba Eustachii negativer Befund.

Innerhalb der folgenden zwei Wochen stellte sich unter Anwendung von Chloroformdämpfen in's Mittelohr eine bedeutende Besserung ein, der aber eine rapide Verschlimmerung folgte, welche auf Pilocarpininjectionen sich unwesentlich besserte.

Anfangs December wurde er von Dr. Hrubesch an Benedikt gewiesen. Auf die Anwendung der „elektrostatischen Douche" besserten sich die kephalischen Erscheinungen (Eingenommenheit des Kopfes und Schwindel) rasch, so dass er nach 3 Wochen für die Feiertage aus der Behandlung gelassen werden konnte. Nach 14tägiger Abwesenheit, während welcher kein Rückschritt verzeichnet werden konnte, wurde er noch dreimal wöchentlich direct im Gehörgang elektrostatisch behandelt und jetzt sind alle krankhaften Erscheinungen bis auf Spuren verschwunden.

Der 2. Fall betraf ein anämisches Individuum, das bei Benedikt seit längerer Zeit wegen einer jetzt abgelaufenen Spondylitis in Beobachtung steht. Dasselbe litt seit 8 Monaten an hochgradiger

Agrypnie. Schon auf die erste Anwendung der „elektrostatischen Douche“ schlief der Kranke die Nacht durch und nachdem einige Tage hintereinander und dann an vereinzelten Tagen dieselbe Procedur angewendet wurde, blieb der Schlaf geregelt.

Beide Fälle zeigen die eminente Wirkung der elektrostatischen Douche auf die Circulationsvorgänge und Innervation des Gehirnes und der erste Fall, wie sehr die Autoren des vorigen Jahrhunderts im Rechte waren, wenn sie die statische Elektricität als Wohlthäterin für die Ohrenkranken betrachteten.

Prof. Neumann stellt einen Fall von Reinfectio syphilitica vor und knüpft daran folgende Bemerkungen:

Die Frage, ob recente Lues zweimal ein Individuum befallen, hat die Aerzte schon seit dem 16. Jahrhunderte beschäftigt. In unserem Jahrhundert hat Ricord dieselbe dahin entschieden, dass es keine Reinfectio syphilitica gibt, und zwar darum nicht, weil der einmal von Syphilis befallene Organismus überhaupt nicht mehr von derselben verlassen werde.

Auch Bärensprung glaubt, das Niemand ein zweites Mal Syphilis bekommt, weil der Organismus durch die einmalige Infection für immer gegen die späteren immun wird. Es können solche Individuen wohl weiche Schanker bekommen, aber niemals Sclerosen. Und wenn das tertiäre Stadium z. B. mit perforirenden Gaumengeschwüren eingetreten ist, sieht man nie mehr secundäre Symptome, wie Roseola und Condylome entstehen. Solche Individuen können daher ungestraft den Coitus impurus ausüben, sie bekommen keine Syphilis mehr.

Bärensprung schliesst demnach die Heilung der Syphilis nicht aus, wie Ricord, nach welchem Autor der Organismus verseucht bleibt, sondern B. ist der Ansicht, das Syphilis ein ähnliches Verhalten zeigt, wie Blattern, Masern, Scharlach, die nach der einmaligen Erkrankung eine Immunität gegen eine neue Infection mit demselben Gifte zeigen. Da jedoch, wie die Erfahrung lehrt, diese Immunität bei diesen acuten Exanthemen nicht eine absolute und ausnahmslose ist, so gibt B. folgerichtig auch die Möglichkeit einer Reinfection mit dem syphilitischen Gifte zu.

Sigmund und Fournier glauben gleichfalls, dass eine Reinfection nicht vorkommt.

Diday ist der Einzige der späteren Syphilidologen, der viele Reinfectionen gesehen haben wollte.

Nach Diday ist jede Härte schon eine Reinfection.

Es ist aber bekannt, dass, wenn syphilitische Individuen weiche Schankergeschwüre erwerben, diese einen verhärteten Grund zeigen. Auf diese Weise ist es leicht begreiflich, dass Diday viele Reinfectionen sah. Dazu kommt noch die Möglichkeit der Verwechslung eines Gummaknoten mit Sclerose.



Diday zieht aus seinen Beobachtungen den Schluss, dass die Syphilis heilbar ist. Weiters haben Reinfectionen beobachtet: Bäumler, Köbner, Zeissl, Tanturri u. A.

In der Mehrzahl der Fälle hat die blosse Induration genügt, um eine Reinfectio anzunehmen; ob auf die Induration auch die secundären Symptome folgten, wurde keine Rücksicht genommen.

Gerade das nachfolgende Exanthem ist unbedingt zur Annahme der Reinfection nothwendig. Wenn wir diese Momente berücksichtigen, so schrumpft die Zahl der beobachteten Reinfectionen auf ein Minimum herab. Eine blos einfache Verdichtung ist keine Reinfection, sondern entweder ein weiches Geschwür auf syphilitischem Boden (Chancroid) oder ein Gumma.

Zweifellos ist der im Folgenden beschriebene Fall eine Reinfectio syphilitica:

Die Kranke L. wurde das 1. Mal auf der Klinik für Syphilis 30. Nov. 1883 mit linsengrossen, confluirenden exulcerirenden Papeln am Rande der grossen Labien, universeller Drüsenschwellung aufgenommen und wurde mit 26 Einreibungen behandelt. Am 31. December 1883 wurde sie wieder aus der Behandlung entlassen.

Das 2. Mal trat sie am 30. Jänner 1884 gleichfalls mit exulcerirenden Papeln ein und verblieb bis zum 25. Februar. Am 17. December 1885 wurde dieselbe Kranke wiederum aufgenommen und nun zeigte sich:

Das r. grosse Labium auf's Doppelte vergrössert, braunroth verfärbt, derb, Fingerdruck bleibt nicht sichtbar. Am Rande ein halbkreuzergrosses, auffallend trockenes, flaches, scharf umschriebenes Geschwür, von derber Basis, von welchem es zweifelhaft erschien, ob dasselbe eine zerfallende Papel oder eine exulcerirte Sclerose sei (Reinfectio syph.). Am 30. December fanden sich die Drüsen in der r. Leiste, sowohl oberhalb, als auch unterhalb des Poupart-schen Bandes in grosser Zahl vergrössert, nicht schmerzhaft, verschiebbar, spindelförmig. Die Cubitaldrüsen beiderseits unverändert.

Am 9. Jänner stellten sich ohne auffallende Prodromalerscheinungen an der Haut des Stammes einzelnstehende, linsengrosse, blassroth gefärbte Flecke ein, welche sich innerhalb der nächsten vier Tage vermehrten und vergrösserten.

Gegenwärtig ist noch das Exanthem in der Proruption und es treten punktförmige Röthungen bis linsengrosse Flecke am Stamme, namentlich an der Seitenwand des Thorax, am Rücken und an der Bauchwand, ferner an den Oberschenkeln und Oberarmen, zerstreut auch an Unterschenkel und Vorderarm auf. Demnach ganz das Bild einer recenten Syphilis. Mit der Proruption des Exanthems ist auch die Sclerose kleiner geworden. Nach dem Angeführten muss der Vortragende diesen Fall als Reinfectio syphilitica erklären und ladet die Gesellschaft ein, denselben näher zu untersuchen.

*

Prof. **Neumann** demonstrirt ferner einen jener Fälle mit Prurigo, welche Hebra vor 25 Jahren mit je 100 Drachmen Unguentum cinereum einreiben liess, um jenen Einwürfen entgegen zu treten, welche die Antimercurialisten dem Quecksilbergebrauch vindicirten. Heute nach 25 Jahren zeigt der pruriginöse Kranke weder an der Haut, noch an den Schleimhäuten, noch an den Knochen irgend welche krankhafte Veränderungen, die eine Aehnlichkeit mit Syphilis hätten.

Dr. **Zemann** ergreift das Wort zu einigen Bemerkungen betreffend den Vortrag des Prof. Neumann über Pemphigus foliaceus vegetans in der Sitzung vom 8. Jänner d. J. und die sich daran anschliessende Demonstration pathologisch-histologischer Rückenmarksbefunde an zweien dieser Fälle durch Dr. Ehrmann. Letzterer habe nämlich in diesen Fällen Myelitis constatirt und genau beschrieben. Zemann, der die Obduction dieser Fälle vorgenommen und Dr. Ehrmann Stückchen vom Rückenmark beider abgetreten habe, fand keine Myelitis, und da er in der Sitzung am 8. Jänner nicht zugegen war, demonstrirt er nun an mikroskopischen Präparaten den einen Fall als normales, den anderen als durch postmortale artificielle Läsion central erweichtes Rückenmark. Allerdings war in letzterem Falle der makroskopische Befund durch die centrale Höhlenbildung ein auffälliger, und es konnte bei der Schwierigkeit der Deutung makroskopischer Befunde an frischen Rückenmarkspräparaten an eine Myelitis gedacht werden. Da keine Zeit war, das Präparat sofort histologisch zu untersuchen, so wurde dasselbe conservirt und der Befund, wie selbstverständlich, objectiv beschrieben und in das Protokoll eingetragen. Aber die nachträgliche histologische Untersuchung habe für Zemann eben ergeben, dass diese hochgradige centrale Erweichung nur eine artificielle sei. Dr. Ehrmann, verleitet durch den makroskopischen Befund, habe offenbar die Unbefangenheit gefehlt, bei der mikroskopischen Untersuchung sich zu gestehen, dass keine Myelitis vorhanden sei. An dem ersten Falle sei aber auch der makroskopische Befund nicht darnach angethan gewesen, an eine Myelitis zu denken. Im Protokoll laute die Beschreibung des Rückenmarkes: „Die Medulla im Allgemeinen weicher, besonders im Lendenmarke. Auf dem Querschnitte ist ein leichtes Einsinken der etwas gelblich verfärbten Medullaris bemerkbar. Diagnose: Pemphigus foliaceus. Marasmus.“

Zehmann erklärt die Ehrmann'schen Befunde für unrichtig, und will, dass es in aller Form zu Protokoll genommen werde, dass er bei dieser Sache seinen Namen nicht mit genannt wissen wolle.

Prof. **Neumann** erklärt, dass er nur für den klinischen Theil der Beobachtungen und für den mikroskopischen Befund in der Haut die Verantwortung übernehme und an diesen Beobachtungen nichts zu ändern habe.

Bezüglich der mikroskopischen Untersuchung des Rückenmarkes hat er sich auf die Beobachtungen seines Assistenten Dr. Ehrmann, der als vorzüglicher Mikroskopiker bekannt sei, verlassen, welcher auf Grund der von ihm angefertigten Präparate, die auch Prof. Exner besichtigt hat, glaubte, dass myelitische Veränderungen vorliegen.

Prof. Neumann wurde durch diese Präparate in der Ansicht bestärkt, dass es sich um Myelitis handle, umsomehr, als Dr. Zemann in einem Falle nach dem makroskopischen Befunde die Diagnose Myelitis gestellt hatte.

Herr Prof. Hofmokl stellt einen, durch Resection geheilten Fall von Adenocarcinom des Dünndarms vor.

Z. Johanna, 44 Jahre alt, Geschäftsdienersgattin, wurde am 28. October 1885 auf die III. med. Abtheilung des k. k. Rudolfspitales aufgenommen und am 10. November 1885 auf die II. chirurg. Abtheilung transferirt. Sie gibt an, mit 14 Jahren ihre erste Menstruation gehabt zu haben; mit 34 Jahren hat sie geheiratet und gebar im Verlaufe von 7 Jahren 2 Kinder. Das 2. Kind abortirte die Kranke und erlitt darnach durch mehr als 8 Wochen fortwährende Blutungen. Bald darauf traten hie und da Kolikanfälle im Bauche auf, mit hartnäckiger Stuhlverstopfung gepaart. Seit 2½ Jahren sollen diese Kolikschmerzen regelmässiger aufgetreten und oft von Erbrechen und starkem Aufgetriebensein des Bauches begleitet gewesen sein.

Die Blähung der Därme trat zumeist nach dem Essen ein. Wegen hartnäckiger Stuhlverhaltung mussten sehr häufig Irrigationen gemacht werden. In letzter Zeit nahmen die Schmerzen im Bauche immer mehr zu und strahlten oft gegen die Nieren, ja selbst bis in die Schultergegend aus. Der Appetit war fast null — die Kranke sehr herabgekommen. Die Mutter der Kranken soll angeblich an Magenkrebs gestorben sein.

Status präsens. Die Kranke mittelgross, stark abgemagert, von blasser Hautfarbe, die Augen tief eingesunken, die Stimme sehr schwach; die Kranke kann sich nur schwer im Bette allein aufsetzen. Bei der Rückenlage der Kranken sieht man den Bauch gleichmässig ausgedehnt. Bei leisem Streichen der Bauchdecken mit der Hand oder durch Auflegen von kalten Compressen bemerkt man oft ein deutliches Hervortreten einzelner stark ausgedehnter Darmwindungen. Ein mässiger Druck auf den Bauch verursacht keinen besonderen Schmerz, doch tritt dadurch manchesmal Aufstossen und Brechneigung auf. Die Percussion ergibt über den oberen Partien des Bauches hell tympanischen, in den abhängigen seitlichen Bauchgegenden, gedämpft tympanitischen Schall. Bei Erschütterung des Bauches hört man ein deutliches Plätschern.

Die Palpation des Bauches zeigte in der Gegend des Coecum und des Colon ascendens eine, nur zeitweilig sehr deutlich fühlbare, sehr bewegliche, circa 8—10 Cm. lange und 4—5 Cm. breite, ziemlich derbe Geschwulst. Passiv konnte die Geschwulst bis in das kleine Becken verschoben werden; es kam auch zuweilen vor, dass die Geschwulst von selbst dort hinabstieg, und dann nur noch per vaginam tastbar war.

Ein näherer Zusammenhang zwischen Geschwulst und Uterus konnte nicht constatirt werden. Der Percussionsschall über der Geschwulst war gedämpft tympanitisch.

Die sehr heftigen kolikartigen Bauchschmerzen werden bedingt durch anfallsweise, am Tage öfters als bei Nacht, auftretenden, krampfhaften peristaltischen Darmbewegungen, wobei dann die Därme als derbe, oder stark aufgeblähte Wülste zu sehen und zu tasten waren. Der Stuhl konnte nur durch starke Irrigationen und das nur in sehr mässigem Grade, erzielt werden. Oftmaliges Erbrechen.

Aus diesem Befunde wurde die Diagnose gestellt auf ein Neoplasma des Darmes, eventuell des Mesenteriums, welches den Darm comprimirt und so ein Hemmniss für die Weiterbewegung der Ingesta bildet.

Am 16. November Laparotomie in tiefer Narcose der Kranken. Bauchschnitt 12 Cm. lang, am äusseren Rande des Musc. rect. Abdom. dext. Entleerung aus der Bauchhöhle von $1^1/_2$ Liter seröser Flüssigkeit. Die Geschwulst war leicht zu finden, gehörte einer Dünndarmschlinge an und sass im Innern derselben, so dass das Peritoneum des Darmes noch anscheinend intact erschien. Das zur Geschwulst zuführende Darmstück war enorm ausgedehnt und in seiner Wand stark verdickt, das abführende hochgradig contrahirt. Der Tumor wurde in toto sammt einem entsprechenden Stück Mesenterium resecirt. Im Mesenterium keine intumescirten Lymphdrüsen fühlbar. Die Länge des resecirten Darmstückes betrug circa 9 Cm. Der Darm wurde blos mit den Fingern comprimirt; keine Darmklemme. Wegen grosser Ungleichheit der beiden, nach der Resection zurückbleibenden und zu vereinigenden Darmlumina musste aus dem erweiterten Darmrohre ein grosser, dreieckiger Zwickel ausgeschnitten werden. Die Vereinigung der resecirten Darmenden geschah durch 2 Reihen Lembert'scher Nähte, mit frisch gekochter Carbolseide. Die Bauchwunde wurde durch drei Etagennähte geschlossen und im unteren Wundwinkel bis in die Bauchhöhle selbst drainirt. Sublimatholzwolleverband.

Während der ganzen Operation wurden die der Luft exponirten Darmpartien unter warmen Sublimatgrillgazecompressen gehalten. Sublimat 1 : 1000. Der Wundverlauf war vollkommen fieberfrei und reactionslos. Kein Erbrechen. Am 3. Tage gingen spontan Winde durch den Darm ab, am 5. Tag kam spontan eine ziem-

liche Menge festen Stuhles. Am 6. Tage Entfernung des Drains und der Hautnähte. Am 8. Tage auf Aqua laxativa Entleerung von ziemlich viel Koth gemischt mit Weintraubenkernen. Die Kranke soll 4 Wochen vor der Operation zum letzten Male Weintrauben gegessen haben. Am 17. Tage nach der Operation war die Wunde vollkommen geheilt. In den ersten Tagen nach der Operation war der Harn stark sedimentirt und zeigte ziemliche Mengen Albumen, welches jedoch im Verlaufe sehr bald ganz verschwand. Die Reconvalescenz ging nun sehr rasch vor sich, Appetit, Schlaf und Stuhl kehrten bald zur Norm zurück, das Aussehen besserte sich bedeutend, so dass die Kranke gegenwärtig, 9 Wochen nach der Operation, den ganzen Tag ausser Bette bleibt, rasch gehen und kleinere Arbeiten verrichten kann.

Der Stuhl stellt sich jetzt schon spontan ein, der Bauch sieht nicht aufgetrieben aus. Die Kranke wird mit einer Bauchbinde entlassen. Gegenwärtig lässt sich durch die Bauchdecken keine Geschwulst im Bauchraume fühlen.

Die mikroskopische Untersuchung der entfernten Geschwulst erwies ein Adenocarcinom des Darmes. (Prof. Weichselbaum.)

Prof. **Albert** frägt, ob nicht schon Knötchen am Peritoneum vorhanden waren; Prof. **Hofmokl** verneint die Frage.

Docent Dr. **Maydl** theilt seine Erlebnisse in Serbien mit und macht Bemerkungen über die Ausrüstung der österreichischen Feldspitäler.

(Erstere Mittheilungen sind ausführlich in den eben erscheinenden Nummern der „Wiener medicin. Presse“ zu lesen.)

General-Stabsarzt Prof. **Podrazky** berechnet die Angaben des Redners bezüglich der Ausrüstung der österreichischen Feldspitäler als unrichtig und verspricht in der nächsten Sitzung detaillirte Aufklärungen zu geben.

Docent Dr. **Wittelshöfer** berichtet über seine kriegs-chirurgischen Erlebnisse in Bulgarien.

Wien, 29. Jänner 1886.

Der Vorsitzende: Prof. E. Albert.

Summarischer Bericht über die Sitzung vom 29. Jänner 1886.

Vorsitzender: Herr Prof. **Albert**.
Schriftführer: Herr Dr. **Wagner**.

Herr Doc. Dr. Maydl erhält das Wort zum Protokolle der letzten Sitzung.

Hierauf gelangt ein Brief des Herrn Prof. I. Neumann an das Präsidium zur Verlesung.



Herr **J. Leiter** demonstrirt seine verbesserten Wärme-Regulatoren.

Herr Prof. **Kundrat** demonstrirt ein durch Arthritis deformans verändertes Fussgelenk.

Herr General-Stabsarzt Dr. **Podrazky** hält einen Vortrag über das österreichische Sanitätswesen im Kriege.

Zu dem Vortrage meldet sich zum Worte Herr Doc. Dr. **Maydl.**

Herr Prof. **Kundrat** demonstrirt einen seltenen Fall von Collateral-Kreislauf.

Die zweite Demonstration des Herrn Prof. Kundrat, sowie der angekündigte Vortrag des Herrn Dr. Paltauf unterblieben wegen vorgerückter Stunde.

Programm

für die am Freitag den 5. Februar 1886, Abends 7 Uhr, unter dem Vorsitze des Herrn Präsidenten Hofrath **v. Arlt** stattfindende Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

1. Herr Dr. Richard **Paltauf:** Ueber einen Fall von Actinomycosis der Lunge.
2. Herr Prof. **Kundrat:** Ueber Varices des Oesophagus.

Vorträge haben angemeldet die Herren: Prof. v. Fleischl, Hofr. Meynert, Dr. Koller, Prof. v. Mosetig-Moorhof, Dr. Steinbach, Prof. Leidesdorf, Weinlechner.

E. Ludwig. Bergmeister.

Herausgeber: **Die k. k. Gesellschaft der Aerzte.** — Für d. Redaction verantwortl.: Prof. **E. Albert.**
Verlag von **Alfred Hölder,** k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.
Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.



11. Februar 1886. Nr. 5.

Anzeiger

der

k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Protokoll der Sitzung vom 29. Jänner 1886.

Vorsitzender: Herr Prof. **Albert.**

Schriftführer: Herr Dr. **Wagner.**

Herr Doc. Dr. **Maydl** erhält das Wort zum Protokoll der letzten Sitzung:

Meine Herren! Ich habe Ihnen zum Schlusse meiner Mittheilungen in der vorigen Sitzung die Resultate der antiseptischen Wundbehandlung an den Belgrader Verwundeten in Ziffern aufgezeichnet, mit der Bemerkung, der eben stattgehabte Krieg sei der erste, in dem die antiseptische Wundbehandlung zum Mindesten in den Reservespitälern consequent durchgeführt worden sei. Der Gewinn an Menschenleben und brauchbaren Gliedern sei so in die Augen springend, dass man auf Grund der eben vorgelegten Daten daran denken müsse, die Methode obligatorisch auch in den Sanitätsanstalten des Aerars im Felde und der Privathilfe bei uns einzuführen. Um den Herren, welchen die bisherige Ausrüstung derselben nicht ganz bekannt sein dürfte, die Nothwendigkeit als nicht aus der Luft gegriffen, sondern thatsächlich bestehend, zu motiviren, habe ich aus der officiellen Ausrüstungsvorschrift einige Ziffern herausgegriffen, welche die Dringlichkeit einer Reform illustriren sollten.

Auf die Anfrage von Seite des Herrn General-Stabsarztes Podrazky, welches die Quelle dieser Ziffern ist, erklärte ich, dass ich sie nach dem Reglement für den Sanitätsdienst des k. k. Heeres, IV. Theil, Sanitätsdienst im Felde, Beilagen aus dem Jahre 1879 citirt habe. Darauf wurde mir die mich begreiflicher Weise sehr verblüffende, bestimmte Erklärung zu Theil, dieses Reglement sei erstens nicht mehr giltig, da ein neues — auf meine Anfrage als im Jahre 1883 erschienen bezeichnetes Reglement es

ersetze. Zweitens auch nach dem Reglement aus dem Jahre 1879 seien meine Ziffern von A bis Z unrichtig wiedergegeben. Als ich nun bat, mir die Bezugsquelle des neuen Reglements anzugeben, wurde mir bedeutet, dasselbe sei jederzeit in der k. k. Staatsdruckerei zu haben und es wurde mir ausserdem in der liebenswürdigsten Weise ein Gratisexemplar zur Verfügung gestellt, welches ich mir im Bureau des Herrn General-Stabsarztes abholen könnte.

Trotzdem mir nichts von einer solchen neuen Publication bekannt war, so konnte ich die von so massgebender Seite bestimmt gemachte Behauptung nicht sofort widerlegen, da eine ähnliche Publication mir möglicher Weise doch entgangen sein konnte, weil ich seit Jahr und Tag nicht mehr dem militärärztlichen Officierscorps als Reservist angehöre. Es blieb auf mir, wie es mir vorkam, in Folge dessen der Schein eines Verdachtes haften, als ob ich entweder wissentlich auf veraltete Verordnungen zurückgegriffen hätte oder, ohne mich früher zu informiren, aus Unkenntniss neuerer Vorschriften alte Ziffern citirte. Nach wiederholt und allenthalben gepflogener Information bin ich im Stande, diesen Schein des Verdachtes von mir abzuschütteln, was auch der einzige Zweck meiner jetzigen Erklärung ist, da es mir nicht entfernt in den Sinn kam, mit meinen Zahlen irgendwelchen persönlichen oder Zunftvorwurf zu machen.

Mein einziges Versehen bestand darin, dass ich noch untheilbare Feldspitäler mit anführte, während sie in theilbare umgewandelt sind; früher waren sie für 500, jetzt sind sie für 600 Kranke eingerichtet. Die genannten Zahlen erleiden allerdings beinahe keine Abänderungen. Statt 60 Kilo Baumwolle sind jetzt 75, sonst sind für 600 Verwundete immer nur noch 150 Binden (gewirkte), 300 Meter nicht zugerichteter Organtin, also für einen einmaligen Verband $^1/_2$ Meter, immer noch 60 dreieckige Tücher, 12 Lindenholzschienen, kein gestärkter Organtin zu blauen oder Gypsverbänden, dafür 18 grosse Charpiesäcke, nur 4 Sperrpincetten für $^1/_3$ Spital (d. h. 200 Kranke).

Ich erkläre denn:

1. dass meine angeführten, Ihnen heute wiederholten Daten von A bis Z richtig sind, und bitte ich, mich durch die Ihnen vorgelegte Reglementbeilage zu controliren;

2. dass dieselben nach der Beilage vom Sanitätsdienst im Felde aus dem Jahre 1879 citirt sind, welches heute noch allenthalben, so bei dem Garnisonsspital Nr. 1 in Wien und bei den Wiener Truppenkörpern, welche davon ein Pflichtexemplar führen und alle etwaigen Reformen eintragen müssen. Wenn vor 1 Woche und heute noch eine Mobilisirung angeordnet würde, so müsste sie nach diesen zu Recht bestehenden Vorschriften durchgeführt werden;

3. dass kein neues Reglement für den Sanitätsdienst im Felde aus dem Jahre 1883 und auch nicht später existirt, ich folglich weder in der Staatsdruckerei, noch auf mein schriftliches Ansuchen vom Herrn General-Stabsarzte Podrazky in den Besitz eines solchen gelangen konnte.

Allerdings ist im Jahre 1883 ein Theil des Reglements für den Sanitätsdienst des k. k. Heeres erschienen, aber der 1. Theil, der den Dienst im Frieden betrifft — als z. B. die Beurlaubung, Superarbitrirung, Obliegenheiten der bei der 14. Abtheilung des Reichs-Kriegs-Ministeriums eingetheilten Aerzte, der Militärsanitäts-Comités etc. etc. — Mit den Sanitätsdienst im Felde hat dieser Theil nichts zu schaffen, doch mag immerhin mit diesem Theile die Verwechslung geschehen sein.

In dem Antwortschreiben des Herrn General-Stabsarztes — auf mein Ansuchen um das Reglement aus dem Jahre 1883 — wird ein rectificirtes Exemplar erwähnt. Einschlägige Rectificationen, welche im Normalverordnungsblatte erschienen wären, kenne ich nur z. B. folgende: Einführung von Jodoform, Natron salicylicum, einer Pflasterstreichmaschine, 10 Bogen Packpapier, überhaupt eine gründlichere Apothekenumgestaltung, die uns nicht tangirt, und eine Restringirung der Anzahl der Sommerdecken da, eine Vermehrung dort. Der Herr General-Stabsarzt spricht aber auch die Absicht aus, heute mit Einwilligung Sr. Excellenz des Herrn Kriegsministers den authentischen Anhang eines rectificirten Exemplars auf den Tisch der Gesellschaft niederlegen und sodann veröffentlichen zu wollen. Es kann sich da höchstwahrscheinlich nur um beabsichtigte, jedenfalls noch nicht publicirte, rechtskräftige Rectificationen handeln. Es wäre mein und gewiss der sämmtlichen Anwesenden Wunsch, die Reform, wenn auch erst im Werden, möchte durchgreifend und somit nach allen Richtungen segenbringend sein; allerdings läge in ihr der Beweis, dass das, was ich in der vorigen Sitzung als nothwendig bezeichnete, auch am entscheidenden Orte als dringend empfunden wird.

Hierauf verliest der Schriftführer folgenden Brief:

Löbliches Präsidium der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien!

In einer Zuschrift vom 26. d. M. ersucht mich Herr Prof. S. Exner zu erklären, dass er die von Dr. Ehrmann angefertigten Rückenmarks-Präparate nicht gesehen und somit nicht als Gewährsmann für deren Beweiskraft gelten könne. Gerne komme ich dem Wunsche des Herrn Prof. Exner nach und bin nunmehr überzeugt, dass derselbe der ganzen Frage ferngestanden. Gleichzeitig bin ich genöthigt zu erklären, dass ich in der Sitzung der Gesellschaft der Aerzte vom 22. d. M. nur auf Grundlage der mir von Dr. Ehrmann gemachten Mit-

theilung Herrn Prof. Exner namhaft gemacht. Ich zweifle nicht, dass Herr Dr. Ehrmann werde, sobald er von seiner Pneumonie genesen ist, Alles zur Klärung der Angelegenheit Erforderliche selbst beibringen.

Wien, den 27. Jänner 1886. Prof. Neumann.

Herr **J. Leiter** demonstrirte seine verbesserten Wärmeregulatoren aus auf dünne Metallplatten aufgelötheten Bleiröhren, durch welche Methode das Gewicht leichter, als bei allen Arten Ueberschläge ist und eine grössere Wirksamkeit und Dauerhaftigkeit erzielt wird.

Nebst diesen Apparaten wurde ein von J. Leiter construirter Wasserleitungs-Apparat demonstrirt, mit welchem ein Patient während des Gehens oder sonstiger Thätigkeit im Freien oder Zimmer kaltes oder warmes Wasser durch aufgelegte Apparate mittelst Luftdruck leiten kann.

Herr Prof. **Kundrat** demonstrirt das Skelet der unteren Extremität jenes Falles von Arthritis deformans im Knie- und Sprunggelenke, dessen er in der Sitzung vom 16. Jänner, anlässlich des Vortrages des Herrn Hofrathes Billroth Erwähnung gethan hat.

Herr General-Stabsarzt Dr. **Podrazky** hält einen Vortrag über das österreichische Sanitätswesen im Kriege.

Der Vortragende bespricht in möglichst gedrängter Kürze die ganze Feld-Sanitäts-Ausrüstung, die bei dem einzelnen Soldaten beginnt (mit den Verbandpäckchen), sich weiters auf die Divisions-Sanitäts-Anstalten (Hilfsplätze und Verbandplatz), auf die Feldspitäler, Reserve-Spitäler, Krankenhaltstationen und selbstverständlich auch auf die stabilen Heilanstalten der 3. Linie sich erstreckt, und überdies durch die Sanitäts-Colonnen des deutschen Ritterordens verstärkt wird, die sich an die Divisions-Sanitäts-Anstalten in gleicher Weise anlehnen, wie die Blessirten-Transport-Colonnen des „rothen Kreuzes" an die Feldspitäler. Der Vortragende bringt eine Tabelle zur Verlesung, die die genauen und authentischen Ziffernansätze, welche für den gegenwärtigen Stand der Ausrüstung massgebend sind, und zugleich eine Vergleichung mit der deutschen Kriegs-Sanitäts-Ordnung ermöglicht, und welche zeigt, dass unsere Feld-Sanitäts-Anstalten der ersten Linie reichlicher dotirt sind, als die deutschen, und jene der zweiten Linie genau auf die Ausrüstung der deutschen Sanitäts-Anstalten basirt sind. Diese aber haben im grossen deutsch-französischen Kriege vollkommen entsprochen — wenigstens sind in dieser Hinsicht keine Klagen in die Oeffentlichkeit gedrungen.

Die ganze Sanitäts-Ausrüstung ist jederzeit in vollkommen brauchbarem Zustande vorhanden, und stützt sich auf einen 10—12% Krankenstand, d. h. auf 125.000 Kranke und Verwundete! Sie ist seit 10 Jahren ausschliesslich für die antiseptische Wundbehandlung berechnet, es ist für Jodoform, Sublimat, Carbol- und Salicylsäure mehr als ausreichend vorgesorgt. Die Behauptung, dass unsere Feldspitäler ungenügend ausgestattet seien, beruht einfach auf einem Missverständnisse — denn das Feldspital ist keine stabile Anstalt, sondern ein fliegendes Spital, das möglichst mobil sein muss, da es jeden Moment in die Lage kommen kann, seine Aufstellung wechseln, dem Heere folgen, oder sich zurückziehen zu müssen; es kann daher nur mit dem Nothwendigen ausgestattet sein, aber was es heute an Verbandstoffen und Medicamenten verbraucht, ist es in der Lage, sogleich wieder ersetzen zu können. Der grösste Theil der Verwundeten kommt ja bereits mit antiseptischen Verbänden versehen in diese Anstalt, und geht oft schon nach wenigen Stunden oder Tagen wieder mit dem Eisenbahn-Sanitätszuge, einer Schiffs-Ambulance, dem Maltheser-Zuge oder einem gewöhnlichen Eisenbahn-Krankenzuge weiter. Transportmittel für Kranke und Verwundete sind in reichlichstem Masse vorhanden.

Der Vortragende bemerkt insbesondere an die Adresse des Herrn Dr. Maydl, dass die Beilage zum 4. Theil des Reglements für den Sanitätsdienst im Felde heute bereits so viele wichtige Veränderungen, die im Verordnungswege durchgeführt wurden, enthält, dass eben eine Neu-Auflage demnächst bevorsteht. Solche Neu-Auflagen aber können nicht alle Jahre veranstaltet werden, da sie sehr kostspielig, und auch nur zum Gebrauche der Militärärzte selbst bestimmt sind. P. zählt eine grosse Reihe solcher Neuerungen und Abänderungen auf, und schliesst mit der Versicherung, dass die für das Wohl des kranken Soldaten stets besorgte Heeresleitung sich jeden Fortschritt der Wissenschaft und Technik wohl zu Nutzen macht, und dass wir einem Kriege mit der festen Ueberzeugung entgegensehen können, dass wir auch in sanitärer Beziehung nicht unvorbereitet, sondern wohl versorgt seien.

Zum Schlusse berichtet P. in Kürze über seine im Auftrage des k. k. Reichs-Kriegs-Ministeriums unternommene Reise nach Serbien im Jänner d. J., und spricht sich in jeder Richtung äusserst anerkennend über die Thätigkeit der verschiedenen freiwilligen Hilfsvereine dort aus.

Herr Doc. Dr. Maydl: Die Ziffern, die Herr General-Stabsarzt Podrazky angeführt hat, sind mir vollkommen bekannt; ich halte nach wie vor meine Behauptung, dass die Ausrüstung der Feld-Sanitäts-Anstalten in mancher Richtung qualitativ mangelhaft und quantitativ unzulänglich sind, aufrecht und werde darüber an einer anderen Stelle meine Vorschläge machen.

Herr Prof. Kundrat demonstrirt einen seltenen Fall von Collateral-Kreislauf nach Verschluss der Vena cava inferior.

Wien den 5. Februar 1886.

Der Vorsitzende: Arlt.

Summarischer Bericht über die Sitzung vom 5. Februar 1886.

Vorsitzender: Herr Hofrath v. **Arlt.**

Schriftführer: Herr Doc. Dr. **Bergmeister.**

Der Vorsitzende macht aufmerksam, dass die Vorschläge für die Wahl neuer Mitglieder bis Ende Februar beim Secretariate einzubringen sind.

Herr Prof. Dr. v. **Basch** demonstrirt einen Fall von Jugular- und Lebervenenpuls bei Tricuspidal-Insufficienz.

Herr Doc. Dr. **Wagner** demonstrirt eine Methode, vermittels welcher durch Application von Cocain bei unverletzter Epidermis locale Anästhesie der Haut erzeugt werden kann.

An der Discussion betheiligten sich die Herren Prof. **Kaposi**, Prof. **Winternitz** und Doc. Dr. **Königstein.**

Herr Dr. **Paltauf** hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber einen Fall von Actinomycosis der Lunge.

Herr Prof. **Kundrat** demonstrirt die Veränderungen, welche der Actinomyces am Knochen erzeugt.



Programm

für die am Freitag den 12. Februar 1886, Abends 7 Uhr, unter dem Vorsitze des Herrn Hofrath **Billroth** stattfindende Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

---

1. Herr Prof. **Kundrat**: Ueber Varices des Oesophagus.
2. Herr Prof. v. **Basch**: Ueber Venenpuls und über die Blutspannung bei Herzfehlern.

Vorträge haben angemeldet die Herren: Prof. v. Fleischl, Hofrath Meynert, Dr. Koller, Prof. v. Mosetig-Moorhof, Dr. Steinbach, Prof. Leidesdorf, Prof. Weinlechner.

E. Ludwig. Bergmeister.

Herausgeber: **Die k. k. Gesellschaft der Aerzte.** — Für d. Redaction verantwortl.: Prof. **E. Albert.**
Verlag von **Alfred Hölder**, k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.
Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

18. Februar 1886. Nr. 6.

Anzeiger

der

k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Protokoll der Sitzung vom 5. Februar 1886.

Vorsitzender: Herr Hofrath **v. Arlt.**

Schriftführer: Herr Doc. Dr. **Bergmeister.**

Herr Prof. Dr. **v. Basch** demonstrirt einen Fall von Jugular- und Lebervenenpuls bei Tricuspidal-Insufficienz.

Herr Doc. Dr. **Wagner** demonstrirt eine Methode, mittelst deren man im Stande ist, bei unverletzter Epidermis beliebig grosse Hautflächen durch Cocain anästhetisch zu machen. Es gelingt dies mit Hilfe des galvanischen Stromes und zwar durch Benützung der sogenannten kataphorischen Wirkung desselben.

Herr Prof. **Kaposi** gibt der Hoffnung Ausdruck, dass sich diese Methode bei schmerzhaften Operationen an der Haut, beim Auskratzen von Lupus etc. effectvoll erweisen werde.

Herr Prof. **Winternitz** weist darauf hin, dass vor 6 bis 8 Jahren der Versuch gemacht wurde, durch den faradischen Strom Anästhesie hervorzurufen und fragt, ob der Vortragende Versuche angestellt habe, diese beiden Wirkungen zu trennen.

Herr Dr. **Wagner** erwiedert, dass man nicht im Stande sei, durch den faradischen Strom Anästhesie zu erzeugen, sondern blos Hyperästhesien und Anästhesien aufzuheben.

Herr Doc. Dr. **Königstein** macht aufmerksam, dass die Stelle, welche von Dr. Wagner anästhesirt wurde, sehr hyperämisch aussieht, während behauptet wurde, dass das Cocain durch Contraction der Gefässe anästhesirend wirke.

Herr Dr. Rich. **Paltauf** berichtet über einen Fall primärer Lungen-Actinomycose und demonstrirt zugehörige anatomische und mikroskopische Präparate.

Der Fall betraf einen 21jährigen Taglöhner, der unter den Erscheinungen einer Lungenphthise anfangs November im k. k. allgemeinen Krankenhause aufgenommen worden war. Der Kranke hatte seit circa drei Jahren an Husten mit spärlichem Auswurf gelitten, jüngst waren Schmerzen an der linken hinteren Thoraxseite aufgetreten. Bei der Aufnahme fand man links rückwärts ausser einer Dämpfung mit bronchialem Athmen und Rasseln auch einen Abscess zwischen Schulter und Dornfortsätzen, der als von einer Spondylitis herrührend gedeutet wurde. Das Sputum war eitrig, wurde mikroskopisch nicht untersucht. Der Abscess am Rücken nahm an Grösse und Ausdehnung zu, es entwickelte sich ein zweiter in der rechten Lumbalgegend und unter zunehmendem Verfall der Kräfte mit hektischem Fieber starb der Kranke. Bei der am 29. December v. J. vorgenommenen Obduction fand sich: Schwielige Verödung der Basis des Oberlappens und der Spitze des Unterlappens der linken Lunge, frische Bronchopneumonien in den übrigen Antheilen des Unterlappens bedingt durch Actinomycose; Propagation des Processes auf die Pleura, das subpleurale und intercostale Gewebe und Bildung eines von der 2. bis 9. Rippe reichenden subcutanen Abscesses auf der Rückseite; eine actinomycotische Geschwulst in der oberen Hälfte der rechten Niere mit Uebergreifen auf die Bauchwand und eitrigen Zerfall daselbst. Keine Communication zwischen beiden Abscessen; ein hinterer Backenzahn cariös, Mund- und Rachenhöhle ohne Befund, das prävertebrale Gewebe nicht verändert, keine actinomycotischen Veränderungen in der rechten Lunge; keine Spur von Tuberculose. Auffallend waren die Veränderungen der Bronchien in der linken Lunge; die Wand derselben war sehr stark verdickt, von fibrösem Gewebe umscheidet, ihre Schleimhaut geschwellt und dunkel geröthet; auf derselben lagerten einzeln, in den kleineren fast bis zur Ausfüllung des Lumens, von eitrigem Secret umgeben, Actinomyceskörner; dieselbe Veränderung fand sich an den grosen Bronchien des Oberlappens an Stellen, wo das um- und dahinterliegende Parenchym völlig frei von krankhaften Processen war. Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigte sich die Bronchialschleimhaut stark infiltrirt, sehr hyperämisch, das submucöse und peribronchiale Gewebe dicht fibrös, in den begleitenden Gefässen organisirte wandständige Thromben und schwieliges Gewebe in der Umgebung. Die Körner lagern, von nekrotischem Cylinderepithel umgeben, an der Oberfläche in Falten der Schleimhaut, auch an den Ausmündungen der hypertrophirten Schleimdrüsen. Der Vortragende bespricht an der Hand der bekannten Fälle primärer Lungenactinomycose, die nach der Zusammenstellung von J. Israël und einer eigenen etwa 30% der Actinomycosen überhaupt ausmachen, kurz die Pathologie und den Verlauf; in diesem Falle dürfte der Process mehrere Jahre alt sein

und vielleicht als Bronchialactinomycose mit ganz geringer Betheiligung des Parenchyms bestanden haben.

Bezüglich der Morphologie des Pilzes bespricht derselbe seine Beobachtungen an nach Gram'scher Methode angefertigten Deckglas- und Schnittpräparaten; besonders an letzteren zeigt sich sehr deutlich die meist dichotonische Verzweigung der Fäden und deren spirochaetenartige Form, das isolirte Vorkommen solcher im Eiter und im Granulationsgewebe ohne Bildung von Körnern; ebenso kann man das Eintreten dieser Fäden in die keulenförmigen Anschwellungen an der Peripherie der Drusen beobachten; dieselben fanden sich besonders zahlreich an den Körnern in den Bronchien und im Granulationsgewebe, während sie in den Eiterherden der Pleura und der Niere meist fehlten. Er schliesst sich der Anschauung Bostroem's an, dass dieselben nicht als Gonidien, sondern als retrograde Metamorphose, als eine Involutionsform aufzufassen seien, der Pilz nicht den Schimmelpilzen zugezählt werden dürfe, sondern der Gattung Cladothrix, einem höheren, reichen Pleomorphismus zeigenden Spaltpilz angehöre.

Herr Prof. **Kundrat** demonstrirt an Präparaten die Veränderungen, welche der Actinomyces am Knochen erzeugt.

Wien, den 12. Februar 1886.

Der Vorsitzende: Arlt.



Summarischer Bericht über die Sitzung vom 12. Februar 1886.

Vorsitzender: Herr Hofrath v. **Arlt.**
Schriftführer: Herr Dr. v. **Hacker.**

Herr Prof. **Kundrat** hält seinen angekündigten Vortrag: „Ueber Varices des Oesophagus."

Zur Discussion spricht Herr Hofrath v. **Bamberger.**

Herr Prof. v. **Basch** spricht über Venenpuls und über die Blutspannung bei Herzfehlern.



*

Programm

für die am Freitag den 19. Februar 1886, Abends 7 Uhr, unter dem Vorsitze des Herrn Prof. **Kundrat** stattfindende Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

1. Demonstration des Herrn Dr. **Gärtner** betreffend 1. einen neuen Rheostaten für ärztliche Zwecke, 2. einen neuen elektrodiagnostischen Apparat.
2. Herr Dr. Karl **Koller**: Ueber das Gesichtsfeld.
3. Herr Professor **v. Basch**: Ueber Venenpuls. (Fortsetzung.)

Vorträge haben angemeldet die Herren: Prof. v. Fleischl, Hofrath Meynert, Prof. v. Mosetig-Moorhof, Dr. Steinbach, Prof. Leidesdorf, Prof. Weinlechner, Prof. Winternitz.

E. Ludwig. Bergmeister.

Herausgeber: **Die k. k. Gesellschaft der Aerzte.** — Für d. Redaction verantwortl.: Prof. **E. Albert.**

Verlag von **Alfred Hölder**, k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.

Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

25. Februar 1886. Nr. 7.

Anzeiger
der
k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Inhalt: Protokoll der Sitzung vom 12. Februar 1886. — Summarischer Bericht über die Sitzung vom 19. Februar 1886. — Programm der Sitzung am 26. Februar 1886.

Protokoll der Sitzung vom 12. Februar 1886.

Vorsitzender: Herr Hofrath v. **Arlt.**
Schriftführer: Herr Dr. v. **Hacker.**

Herr Prof. **Kundrat** hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber Varices des Oesophagus und demonstrirt diesbezügliche Präparate.

Herr Hofrath **Bamberger** betont das grosse klinische Interesse der Auseinandersetzungen Prof. Kundrat's. Obwohl das Bestehen solcher Collateralbahnen allerdings lange bekannt ist, so war die Entwicklung so colossaler Varicositäten auch ihm selbst beinahe unbekannt. Aus dem Vortrage geht hervor, dass die erwähnten Bahnen durch die Coronaria ventric. die directesten Collateralen bilden.

Nach diesen Auseinandersetzungen sei es auch erklärlich, warum man mitunter Leberkranke unter Blutbrechen und Melaena zu Grunde gehen sah, ohne bei der Section dafür einen genügenden Befund am Magen zu finden. Es ist sehr wahrscheinlich, dass es sich hier um solche Ectasien des Oesophagus gehandelt habe.

Hierauf spricht Herr Prof. v. **Basch** über die Blutspannung bei Herzfehlern.

Blutdruckmessungen, die v. Basch bei Herzfehlern vorgenommen, haben ergeben, dass der Blutdruck bei Mitralaffectionen in der Regel erniedrigt sei, dass derselbe aber bei Aorten-Insufficienzen in der Mehrzahl der Fälle die Norm überschreite. Bei Insufficienzen der Tricuspidales fand sich ein der Norm entsprechender oder dieselbe überragender Blutdruck. Diese Messungsresultate stehen im Widerspruch mit dem von Traube aufgestellten und seither in die meisten Lehrbücher (Friedreich, Rosenstein, Cohnheim) übergegangenen Satz, dass bei allen Herzfehlern der Blutdruck erniedrigt sei. Nur in dem Lehrbuche v. Bamberger's ist die Angabe enthalten, dass die Arterienspannung bei der Aorten-Insuf-

ficienz erhöht sei. Im Anschlusse an seine Messungsresultate discutirt der Vortragende die Vorgänge, die bei der Mitral- und Aorten-Insufficienz statthaben. Die Bedingungen für die unvollständige Füllung des Aortensystems sind bei der Mitral-Insufficienz viel mächtigere als bei der Aorten-Insufficienz, weil dort der Ventrikelinhalt sich gegen einen dünnwandigen Sack, den Vorhof entleert, in welchem eine, den weitern Einfluss von Blut hindernde Spannung nicht sofort erreicht wird, während die dicken Wände des Ventrikels die Ausdehnung desselben durch das aus den Arterien rückfliessende Blut jedenfalls nur bis zu einem geringeren Grade gestatten. Hiezu kommt, dass das Einfliessen des Blutes in den Vorhof, bei der Mitral-Insufficienz, während der Kammersystole, das ist während des am längsten währenden Abschnittes der Herzrevolution stattfindet, dass aber das Zurückströmen des Blutes aus den Arterien in die Kammern während eines weit kürzeren Zeitraumes erfolgt, der zudem bei der Aorten-Insufficienz abgekürzt wird, weil durch die raschere Füllung der Kammer die Diastole abgekürzt, beziehungsweise der Eintritt der Systole beschleunigt wird. Die Pulsbeschleunigung bei der Aorten-Insufficienz ist hiernach als ein compensirender Act aufzufassen. Auch bei der Mitral-Insufficienz wirkt die Pulsbeschleunigung compensirend, weil dieselbe nach den Untersuchungen Stricker's das Oeffnen der Semilunarklappen der Aorta, somit die Blutfüllung derselben fördert. Es ist dieser Umstand therapeutisch berücksichtigungswerth, weil es sich nicht empfiehlt, die Pulsfrequenz bei der Mitral- und Aorten-Insufficienz, wenn dieselbe ein gewisses Mass nicht überschreitet, herabzusetzen. Der Vortragende bespricht weiters den Compensationsvorgang bei der Aorten-Insufficienz und hebt die Ansicht Nothnagel's hervor, dass es sich hier nicht um einen teleologischen Vorgang handle. Der Herzmuskel muss sich bei der Systole stärker zusammenziehen, weil er in der vorhergehenden Diastole stärker gespannt wurde, so wie eine Feder, wenn sie stärker aufgerollt ist, beim Entrollen mehr Arbeit leistet. Der linke Ventrikel hypertrophirt nicht, um die Aorta stärker zu füllen, sondern in Folge seiner continuirlichen Mehrleistung, durch die Hypertrophie wird das Ueberschreiten der Elasticitätsgrenze verhindert, der Eintritt der Dilatation bedeutet, dass die Elasticitätsgrenze überschritten wurde. Der rechte Ventrikel hypertrophirt bei der Mitral-Insufficienz, weil das Herz, beziehungsweise der rechte Ventrikel gegen einen hohen Enddruck arbeiten muss. Aehnliches geschieht bei der Tricuspidal-Insufficienz, nur dass hier der linke Ventrikel gegen einen hohen Enddruck arbeitet. Hieraus erklärte sich, dass bei der Tricuspidal-Insufficienz der Aortendruck kein niedriger ist. Der Vortragende findet in der Literatur einige Fälle von Tricuspidal-Insufficienz, bei denen die Obduction Hypertrophie des linken Ventrikels nachwies. Es ist einleuchtend, dass eine Ver-

mehrung des Widerstandes am Ende der kürzeren Strombahn des Lungenkreislaufs für das rechte Herz mehr bedeutet, als eine Vermehrung des Widerstandes am Ende der langen Strombahn des grossen Kreislaufs, die Druckdifferenz muss nämlich für das rechte Herz wegen des geringen Druckes, der in der Pulmonararterie herrscht, bedeutend fühlbarer werden als für das linke Herz, das gegen den Druck der Aorta arbeitet, der jenen der Art. pulmonalis um das Vierfache übersteigt. Es lassen sich, hebt der Vortragende schliesslich hervor, bis jetzt keine allgemeinen Gesetze für die Blutdrucksverhältnisse bei Herzfehlern aufstellen. Der Blutdruck ist bei den verschiedenen Formen der Herzfehler verschieden und variirt auch in den einzelnen Formen beträchtlich. Für die Therapie der Herzfehler ist es von Wichtigkeit, in jedem gegebenen Falle sich über die Blutdrucksverhältnisse genaue Kenntniss zu verschaffen, an der Hand dieser Kenntnisse kann man zielbewusster therapeutisch vorgehen, namentlich aber kommt man auf diesem Wege zu der von vielen Klinikern ausgesprochenen Ueberzeugung, dass es nicht gut sei, die sogenannten Herzmittel immer bei Herzaffectionen anzuwenden.

Wien, den 19. Februar 1886.

Der Vorsitzende: Kundrat.

Der Bibliothek der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien wurden folgende Werke einverleibt:

Bandl, Prof. Dr. L. Die Krankheiten der Tuben, der Ligamente, des Beckenperitoneum und des Beckenbindegewebes, einschliesslich der Extrauterin-Schwangerschaft. (Deutsche Chirurgie, Liefrg. 59.) Stuttgart 1886, 1 Band.

Reuss v., Prof. Dr. A. Ophthalmologische Mittheilungen aus der II. Universitäts-Augenklinik in Wien. I. Abthlg. Sep.-Abdr. Wien 1885.

Csokor, Prof. Dr. J. Vergleichende pathologisch-anatomische Studien über den Rotz und die Tuberculose des Pferdes. Sep.-Abdr. Wien 1886.

Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien für das Jahr 1884.

Rokitansky, Prof. Dr. C. Aerztl. Bericht des Maria Theresien-Frauen-Hospitals vom Jahre 1885. Wien 1886.

Uhl Eduard, Verwaltungsbericht der Stadt Wien für das Jahr 1884.

Sedlaczek und Löwy. Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien für das Jahr 1884. Wien 1885.

Pfleger, Dr. Ludwig. Aerztlicher Bericht der vereinigten Versorgungsanstalt am Alserbach für die Jahre 1883 und 1884. Sep.-Abdr.

*

Scheff, Dr. Gottfr. Krankheiten der Nase, ihrer Nebenhöhlen und des Rachens. Berlin 1886.

Chicago medical Times. Nr. 9 u. 10. Vol. XVII.

Nouvelles Archives d'Obstétrique et de Gynécologie. Nr. 1. Paris 1886.

Annaes da Academia de Medicina do Rio de Janeiro. VI. Serie, Tomo 1, Nr. 2, Rio de Janeiro 1886. 1. Heft, 8°.

Boletine da Academia imperial de Medicina do Rio de Janeiro. Nr. 1—10.

Valenta, Dr. Alojzij, Kratek navod o prvi pomočipri nezgodah. 1. Heft. 8°. Ljubljani 1886.

Merk E. Darmstadt. December 1885. (Ueber Präparate der prakt. Chemie und Therapie.)

Oesterr. Gesellsch. für Gesundheitspflege. Bericht über die am 13. Jänner 1886 stattgehabte Berathung über die Abhaltung eines internationalen hygienischen Congresses in Wien im Jahre 1886. Wien 1886. (In drei Exemplaren.)

Dr. Hajek.
Dr. Chiari.

Summarischer Bericht über die Sitzung vom 19. Februar 1886.

Vorsitzender: Herr Prof. Dr. **Kundrat.**

Schriftführer: Herr Doc. Dr. **Bergmeister.**

Auf Vorschlag des Verwaltungsrathes werden die Herren Prof. Drasche, Kammerer und Kratschmer als Delegirte in die Versammlung, welche das Actions-Comité des internationalen hygienischen Congresses in Wien zu wählen haben wird, entsendet.

Herr Doc. Dr. v. **Hacker** stellt eine Frau vor, an der die Laparotomie wegen eines Tumors gemacht wurde, der sich als ein beweglicher Schnürlappen der Leber herausstellte.

Herr Dr. **Koller** hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber das Gesichtsfeld.

Herr Doc. Dr. **Gärtner** demonstrirt 1. einen neuen Rheostaten für ärztliche Zwecke, 2. einen neuen elektro-diagnostischen Apparat.



Programm

für die am Freitag den 26. Februar 1886, Abends 7 Uhr, unter dem Vorsitze des Herrn Prof. **Albert** stattfindende Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

---

1. Herr Professor **v. Fleischl**: 1. Ueber ein neues Spirometer, 2. Praktische Bemerkungen über den Gebrauch des Hämometers.
2. Herr Professor **v. Basch**: Ueber Venenpuls. (Fortsetzung.)

Vorträge haben angemeldet die Herren: Hofrath Meynert, Prof. v. Mosetig-Moorhof, Dr. Steinbach, Prof. Leidesdorf, Prof. Weinlechner, Prof. Winternitz.

E. Ludwig. Bergmeister.

Herausgeber: **Die k. k. Gesellschaft der Aerzte.** — Für d. Redaction verantwortl.: Prof. **E. Albert.**
Verlag von **Alfred Hölder**, k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.
Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

4. März 1886. Nr. 8.

Anzeiger

der

k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Inhalt: Protokoll der Sitzung vom 19. Februar 1886. — Summarischer Bericht über die Sitzung vom 26. Februar 1886. — Programm der Sitzung am 5. März 1886.

Protokoll der Sitzung vom 19. Februar 1886.

Vorsitzender: Herr Prof. Dr. **Kundrat.**
Schriftführer: Herr Doc. Dr. **Bergmeister.**

Herr Dr. v. **Hacker** stellt eine 38jährige Frau vor, an der am 21. März 1884 wegen eines Tumors in der rechten Oberbauchgegend die Laparotomie gemacht wurde. Die Geschwulst, welche für ein Neoplasma der Niere, des Darmes oder der retroperitonaealen Drüsen aufgefasst worden war, erwies sich als ein abgeschnürter, beweglicher Leberlappen. Da es nach den Erfahrungen über die durch den Druck verlagerter Nieren verursachten Erscheinungen nicht unwahrscheinlich war, dass die hochgradigen Beschwerden der Frau auf die Bewegungen und Zerrungen dieses Lappens zurückzuführen seien, machte Herr Hofrath Billroth den Versuch, denselben an der vorderen Bauchwand zu fixiren. Es wurde durch eine schwielig-narbige Stelle an der Vorderseite des Tumors mit einer krummen Nadel in ziemlicher Tiefe ein starker Seidenfaden hindurchgeführt und die durch die ganze Dicke der Bauchwand durchgestochenen Enden über einem Jodoformgazebäuschchen geknotet — die Laparotomiewunde durch Etagennähte vollkommen vereinigt. Der Erfolg der Operation war ein auffallend guter, indem darnach die früheren Beschwerden verschwanden und auch nachdem die Frau wieder ihrer Arbeit nachging, bisher nicht wiederkehrten.

v. **Hacker** bespricht hierauf, warum die operative Fixirung des Lappens der Excision desselben vorgezogen wurde. (Eine ausführliche Mittheilung über die Operation mit Bemerkungen über operative Eingriffe am Leberparenchym erscheint in der Wien. med. Wochenschrift.)

Herr Dr. **Carl Koller** hält seinen angekündigten Vortrag: „Ueber das Gesichtsfeld."

Der Vortragende definirt vorerst den Begriff Gesichtsfeld und setzt auseinander, wie das Gesichtsfeld üblicher Weise reproducirt wird. Hierauf beschreibt er ein von ihm beobachtetes Phänomen: Wenn man den Bulbus so lange drückt, bis er amblyopisch wird, ein Experiment, das schon Donders, Exner, Kühne etc. angestellt haben, so verfinstert sich das Gesichtsfeld stets von der Nasenseite her; es bleibt dann noch eine Netzhautpartie in ihrer Function erhalten, die inselförmig um den Sehnerven gelagert ist. Diese Erscheinung ist aus den Verhältnissen des gestörten Blutumlaufes im Bulbus leicht zu erklären. Dieser Umstand fordert zur Untersuchung auf, wie sich das Gesichtsfeld verhalte, wenn man es um den Sehnerven als Centrum aufnehme, wie Förster schon vor über 20 Jahren vorgeschlagen hatte.

Koller hat nun thatsächlich normale Gesichtsfelder derart aufgenommen und gefunden, dass das um die Macula excentrische (aussen 90°, innen 60°) und birnförmige Gesichtsfeld in ein um den Sehnerven vollkommen centrirtes und beinahe kreisrundes übergeht.

Das Verhalten des Gesichtsfeldes bei anderer Versuchsanordnung (kleines Licht- und Farbengesichtsfeld bei sehr geringen Lichtstärken) unterstützt die Auffassung, dass das anatomische und physiologische Netzhautcentrum (nämlich der Sehnerv) gleichzeitig das natürliche Centrum für das Licht- und Farbengesichtsfeld sei, während die Macula nur eine durch ihren histologischen Bau ausgezeichnete und für die scharfe Distinction geeignete Stelle der Netzhaut ist; man kann diese als Centrum des Formensinns betrachten und ihre Lage nach Darwin'schen Principien erklären. Vergleiche aus dem Thierreiche dienen dieser Ansicht zur Stütze.

Herr Doc. Dr. **Gärtner** demonstrirt 1. einen neuen Rheostaten für ärztliche Zwecke, 2. einen neuen elektrodiagnostischen Apparat.

Wien, den 26. Februar 1886.

Der Vorsitzende: Kundrat.

Summarischer Bericht über die Sitzung vom 26. Februar 1886.

Vorsitzender: Herr Prof. Dr. **Kundrat.**

Schriftführer: Herr Dr. **Wagner.**

Herr Primarius **Schopf** stellt einen Fall von Missbildung an den Genitalien vor.

Die Herren Prof. **Weinlechner, Kundrat** und Prim. **Englisch** knüpfen hieran Bemerkungen.

Herr Prof. **Benedikt** stellt einen Fall von unmoralischem Irrsein bei einem 11jährigen Knaben vor.

Herr Prof. **Kaposi** stellt zwei Fälle von Xeroderma pigmentosum vor.

Herr Prof. **v. Fleischl** hält seinen angekündigten Vortrag über den Gebrauch des Hämometers und demonstrirt ein neues Spirometer.

Die Herren Prof. v. **Ludwig** und **Nothnagel** sprechen sich zustimmend über die praktische Verwendbarkeit des Hämometers aus.

Hierauf theilt Herr Dr. **Lackner** seine Erfahrungen über die Hämoglobin-Bestimmung mit Prof. v. Fleischl's Hämometer mit.

Prof. **Kundrat** macht aufmerksam, dass bis Ende März die Vorschläge wegen Wahl neuer Mitglieder erstattet werden müssen.

Zum Schlusse verliest der Schriftführer folgenden Brief des Herrn Prof. Drasche:

Löbliches Präsidium der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien!

Den vielfachen Angriffen gegenüber, welche der Bericht des von der k. k. Gesellschaft der Aerzte für die hygienische Beurtheilung des Projectes der Wr.-Neustädter Tiefquellen-Leitung gewählten Comités während der letzten Tage im Wiener Gemeinderathe anlässlich der Debatte über eine aus der Donau zu errichtende Nutzwasser-Leitung erfuhr, hielt ich mich für verpflichtet, dieselben, und zwar insbesondere betreffs der Schlussfolgerung erwähnten Berichtes wie folgt zurückzuweisen:

„Wenn die k. k. Gesellschaft der Aerzte jetzt noch erklärt, dass durch die Nutzwasserleitung aus der Donau ohne der äussersten Noth und ehe nicht alle anderen besseren Bezugsquellen erschöpft sind, in „leichtfertiger“ Weise jene Gefahren für das sanitäre Wohl Wiens wieder heraufbeschworen werden, welche seit dem Inslebentreten der Hochquellen-Leitung glücklich gebannt sind, so hat sie durch diesen ihren Ausspruch nur documentirt, dass auch heute noch für sie die hygienischen Grundsätze bezüglich der Wasserversorgung Wiens und seiner Vororte keine anderen sind, als jene, durch welche sie zur Zeit der Verhandlungen über das Hochquellen-Project dessen Annahme so wesentlich förderte und welche mit den Anschauungen des damaligen Referenten der Wasserversorgungs-Commission auch vollkommen übereinstimmten. Diese Uebereinstimmung hat sich auch später in einem von Letzterem im März 1881 in der k. k. Gesellschaft der Aerzte abgehaltenen Vortrage betreffs der Wienthal-Wasserleitung kund gethan.

Die k. k. Gesellschaft der Aerzte hat alle ihr vorgelegenen Wasserversorgungs-Projecte mit der grössten Gewissenhaftigkeit und Rigorosität geprüft und ihr jeweiliges Urtheil auf Grund der durch

diese Prüfung gewonnenen inneren Ueberzeugung aller ihrer Mitglieder gefällt. Dass gegenwärtig schon die äusserste Nothlage bezüglich der Wasserversorgung Wiens bestehe und dass bereits alle Hilfsquellen erschöpft seien, hat im Verlaufe der Debatte noch kein Redner behauptet, wohl aber hat die Mehrzahl der an den öffentlichen Verhandlungen Betheiligten geradezu das Gegentheil hervorgehoben."

Wien, den 25. Februar 1886. Prof. Dr. Drasche.

Programm

für die am Freitag den 5. März 1886, Abends 7 Uhr, unter dem Vorsitze des Herrn Präsidenten Hofrath v. Arlt stattfindende **Vorversammlung** und **wissenschaftliche Sitzung** der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

I. Vorversammlung.)*

Anfang präcise 7 Uhr.

1. Vorlage der Wahlliste.
2. Rechnungslegung für das Jahr 1885/86.
3. Wahl der Scrutatoren.
4. Anträge des Verwaltungsrathes betreffend die Auflassung des Anzeigers und die Erhöhung des Jahresbeitrages.

II. Wissenschaftliche Sitzung.

Herr Prof. v. **Mosetig-Moorhof**: Die Bedeutung des Jodoformverbandes im Kriege.

Fortsetzung der Discussion über das Hämometer. Zum Worte gemeldet: Herr Dr. **Siegel**.

Vorträge haben angemeldet die Herren: Hofrath Meynert, Dr. Steinbach, Prof. Leidesdorf, Prof. Weinlechner, Prof. Winternitz.

*) Zu der Vorversammlung ist der Zutritt nur den Mitgliedern der Gesellschaft gestattet.

E. Ludwig. Bergmeister.

Herausgeber: **Die k. k. Gesellschaft der Aerzte.** — Für d. Redaction verantwortl.: Prof. **E. Albert.**

Verlag von **Alfred Hölder,** k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.

Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

11. März 1886. Nr. 9.

Anzeiger
der
k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

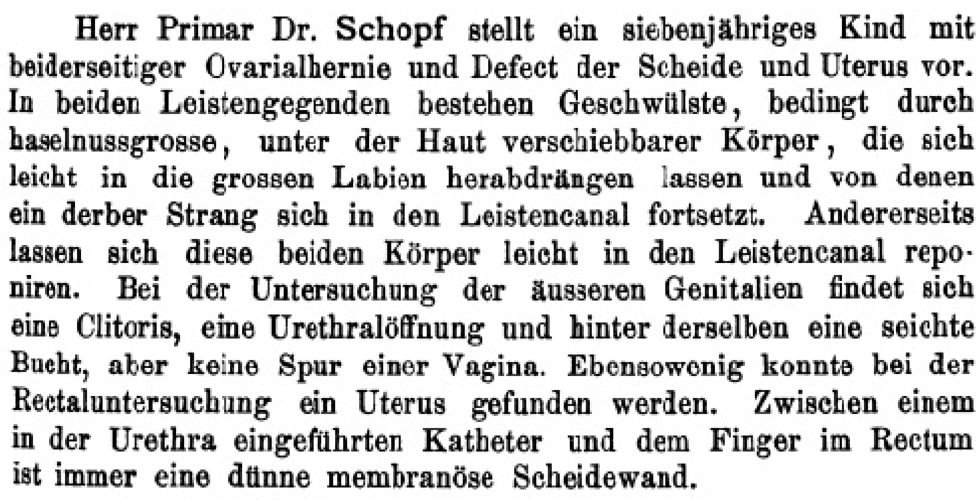
Inhalt: Protokoll der Sitzung vom 26. Februar 1886. — Protokoll der Vorversammlung vom 5. März 1886. — Programm der Sitzung am 12. März 1886.



Protokoll der Sitzung vom 26. Februar 1886.

Vorsitzender: Herr Prof. Dr. **Kundrat.**

Schriftführer: Herr Dr. **Wagner.**



Herr Primar Dr. **Schopf** stellt ein siebenjähriges Kind mit beiderseitiger Ovarialhernie und Defect der Scheide und Uterus vor. In beiden Leistengegenden bestehen Geschwülste, bedingt durch haselnussgrosse, unter der Haut verschiebbarer Körper, die sich leicht in die grossen Labien herabdrängen lassen und von denen ein derber Strang sich in den Leistencanal fortsetzt. Andererseits lassen sich diese beiden Körper leicht in den Leistencanal reponiren. Bei der Untersuchung der äusseren Genitalien findet sich eine Clitoris, eine Urethralöffnung und hinter derselben eine seichte Bucht, aber keine Spur einer Vagina. Ebensowenig konnte bei der Rectaluntersuchung ein Uterus gefunden werden. Zwischen einem in der Urethra eingeführten Katheter und dem Finger im Rectum ist immer eine dünne membranöse Scheidewand.

Herr Prof. **Kundrat** spricht sich gegen die zweite Möglichkeit aus, dass hier ein Pseudohermaphroditismus masculinus externus durch Kryptorchismus, Scrotalspalte, rudimentären Penis und Hypospadie gebildet vorliege, da in solchen Fällen wohl die äusseren Genitalien den weiblichen ähnlich, aber nicht wie hier vollkommen gleich sind.

Die Grösse der Geschlechtsdrüsen gibt kein Unterscheidungsmerkmal, ob Hoden oder Ovarien, dagegen geht ein derber gewundener Strang in den Leistencanal, der für ein Vas deferens bei einem Kinde zu dick erscheint. Auch liegen die drüsigen Körper aussen vor dem Strange, mehr dem Ovarium entsprechend. Der Verschluss der Vagina zeigt kein glattes Septum, sondern Buchten und Stränge, woraus geschlossen werden kann, dass es sich hier

nicht um eine Atresie, sondern um wirklichen Defect der Vagina und des Uterus handle.

An der Discussion betheiligten sich noch die Herren Prof. Weinlechner und Prim. Englisch.

Herr Prof. Benedikt stellt einen 11jährigen Jungen mit moralischem Irresein vor. Derselbe ist ein uneheliches Kind.

Seine Mutter hat noch 4 eheliche Kinder geboren, von denen 2 an Eclampsia infantilis starben. Von den 2 Ueberlebenden leidet eines ebenfalls an dieser Krankheit. Er selbst hat solche Anfälle als Kind gehabt. Dieser Knabe zeigt die Eigenthümlichkeit verbrecherischer Frühreife.

Vor Allem hat er die Neigung, aus dem elterlichen Hause durchzugehen, besonders nachdem er sich durch Diebstahl, wovon einer mit der Kühnheit eines Raubes ausgeführt wurde, die Mittel zum Herumvagiren verschafft hat. Er hat zweimal Brandlegung versucht und eine ausgeführt. Er hat einmal ein Mordattentat versucht und droht fortwährend seine Mutter und sein Schwesterchen zu erstechen.

Es ist vor Allem die Frage interessant, ob diese abnorme Gehirnfunctionirung wissenschaftlich zu diagnosticiren ist. Physiognomisch zeigt er den Ausdruck der Verstocktheit. Allein der physiognomische Ausdruck lässt sich wissenschaftlich weder messen, noch schätzen, es gibt eben keine physiognomische Wissenschaft. Lavater's Versuch scheiterte an einer falschen Systematik, obwohl er viele geistreiche Einzelnwahrheiten enthielt. Duchenne's Physiognomik verhält sich zur wirklichen, wie Krampf zum Muskeltonus.

Denn der wahre physiognomische Ausdruck, soweit er von den Muskeln abhängt, enthält eine grosse Reihe von associirten tonischen Spannungen der verschiedenen Gesichtsmuskeln. Der Vortragende erinnert noch an die fein- und tiefsinnige Bemerkung Engel's, dass die feinere Knochenphysiognomik während des Lebens durch die psychische Influenz auf die Muskeln bestimmt wird. Diese Lehre sei von Virchow mit Unrecht in der vordarwinischen Zeit bekämpft worden, da man damals die Knochen als etwas a priori Determinirtes ansah.

Von besonderen physiognomischen Merkmalen des Gesichtsskelettes sei bei dem Knaben nichts zu bemerken.

Sein Schädel zeige keine auffallenden Erscheinungen der Deformation, doch ist er in allen linearen und Bogenmaassen mehr typisch klein. Auch lasse sich durch Tasten erkennen, dass die Coronarnähte synostotisch seien. Man fühle im oberen Theile derselben eine cristaartige Erhöhung; das lasse für die Zukunft eine Verbildung des Schädels erwarten.

Zu bemerken sei, dass der Knabe in keiner Richtung von den Eltern verwahrlost worden sei.

Die Aussicht auf Besserung sei wohl bei ihm einmal und derselbe müsste in einer sogenannten Correctionsanstalt dauernd unter Aufsicht gestellt werden. Geschieht dies nicht, so sei die Gesellschaft für seine Thaten verantwortlich.

Herr Prof. **Kaposi** stellt 2 Fälle von Xeroderma pigmentosum mit multipler Carcinomatosis des Gesichtes vor. Der eine betrifft eine 59 J. alte Frau, R. M., bei welcher die sommersprossenähnlichen Flecke in grosser Menge und dicht gedrängt Gesicht, Hals-Region, Oberextremitäten und Unterschenkel besetzen, an den Händen, Armen, Hals und Gesicht viele narbig-glänzende (atrophische) Flecke, an letzterem überdies mehrere exulcerirende Epitheliomknoten sich vorfinden, das grösste, papillomartig, auf dem Nasenrücken. Vor 8 Jahren ist an dieser Stelle schon an der Klinik Billroth ein solches exstirpirt worden und vor wenigen Wochen hat Prof. Weinlechner einen Carcinomknoten von der Unterlippe exscindirt.

Der 2. Fall ist derjenige des sub Nr. 8 von dem Vortragenden in seiner Arbeit über Xerod. pigm. vom J. 1882 publicirten und damals vorgestellten, jetzt 22 J. alten L. Die Entwicklung von Carcinomen hat seither Fortschritte gemacht und ist der Kranke durch ein von der linken Wange her perforirtes, wahrscheinlich auch krebsiges Geschwür sehr herabgekommen.

Der Fall zeigt, dass sobald Krebsknoten auftreten, trotzdem diese leicht eliminirt werden können, der Process doch sehr ernst ist, wie ja der Vortragende von letal verlaufenen Fällen schon Anfangs berichtet hat.

Der Vortragende erläutert dann weiter, wie nicht die Pigmentose das Wesen der Krankheit ausmache, sondern der Process der „Atrophisirung“ und das Fortschreiten der letzteren, und dass alle andere Erscheinungen, Teleangiektasien, Narben und Krebs-Entwicklung, nur Folgen der Atrophisation sind. Darum auch hält K. den von ihm ursprünglich aufgestellten und historisch berechtigten Namen Xeroderma pigmentosum noch immer für den besten gegenüber den von anderen und späteren Autoren vorgeschlagenen.

Herr Prof. **Ernst Fleischl v. Marxow** demonstrirt zunächst ein neues, von ihm construirtes „Spirometer“, und knüpft hieran folgende Bemerkungen: Das Instrument, welches man bisher fast ausschliesslich verwendete, wenn die Luft, welche ein Individuum nach dem tiefsten Einathmen bei möglichst vollständiger Entleerung seiner Lungen auszublasen vermag, ihrem Volumen nach gemessen werden sollte, oder, mit anderen Worten: wenn es sich um die Bestimmung der „vitalen Capacität“ seiner Lungen handelte, ist das von Hutchinson angegebene „Spirometer“ — seiner Einrichtung nach ein Gasometer, das heisst: eine cylindrische, mit

Wasser gefüllte und unter Wasser versenkte Glocke, die durch die ausgeathmete Luft bis zu einer Höhe aus dem Wasser emporgehoben wird, aus welcher dann auf das Luftvolumen geschlossen wird. Die grosse Unbequemlichkeit, welche mit der Anwendung dieses Apparates verbunden ist, sowie die durch zahlreiche Fehlerquellen bedenklich beeinträchtigte Genauigkeit seiner Angaben, veranlassten den Vortragenden, als er im vorigen Winter von Herrn Hofrath Professor H. Nothnagel um die Bestellung eines Spirometers für seine Klinik ersucht ward, diesem den Vorschlag zu machen, statt des geschilderten, ein nach einem anderen Princip eingerichtetes Instrument anzuschaffen, nach einem Plane, von dessen Ausführung sich bequemere und verlässlichere Leistungen erwarten liessen. Herr Hofrath Nothnagel war so gütig, auf diesen Vorschlag einzugehen, und so entstand das neue, nach dem erwähnten Plane von der hiesigen Firma S. Manoschek zu allseitiger Zufriedenheit ausgeführte Spirometer. Dasselbe ist nach dem Principe der „nassen Gas-Uhren“ gebaut, jedoch in sehr verjüngtem Massstabe, und mit Fortlassung aller, dem vorliegenden Zwecke fremden Complicationen, und mit Einfügung einiger diesem Zwecke entsprechender Einrichtungen. Eine Beschreibung der Construction dieses Apparates lässt sich nicht ohne Beihilfe von Zeichnungen und nicht ohne grosse Ausführlichkeit geben.

Hierauf berichtet der Vortragende über jene Massregeln beim Gebrauche des, von ihm in den Jahrbüchern der Gesellschaft beschriebenen „Hämometers, welche die Erfahrung berücksichtigen gelehrt hat. Eine Zusammenstellung dieser Vorschriften soll demnächst in Form einer Gebrauchs-Anweisung im Druck erscheinen.

Die Herren Prof. Ludwig und Nothnagel sprechen sich zustimmend über die praktische Verwendbarkeit des Hämometers aus.

Herr Dr. C. Laker spricht hierauf auf Grund zahlreicher Messungen, die er mit dem Hämometer auf Prof. Billroth's Klinik ausführte, im günstigsten Sinne für die Verwendbarkeit des Instrumentes. Der Besprechung der Methodik folgten Angaben über die Fehlerquellen des Instrumentes und einige Beispiele über die gefundenen Differenzen und Gesetzmässigkeiten bei pathologischen Blutarten verschiedener chirurgischer Erkrankungen. Das Instrument eignet sich nicht nur zu klinischen Zwecken, sondern ist auch in hohem Grade geeignet, in der Hand des praktischen Arztes ein werthvolles Untersuchungsmittel zu werden, da es in kurzer Zeit (5 Minuten) mit geringen Fehlerquellen gegenüber den anderen hämoglobinometrischen Untersuchungsmethoden und ohne besondere optisch-physikalische Vorkenntnisse zu erfordern, gestattet, ein befriedigendes Urtheil über eine der wichtigsten Functionen des

menschlichen Körpers zu gewinnen. Von einer näheren Berichterstattung können wir deshalb absehen, weil der Sprecher demnächst seine Erfahrungen über das Hämometer in methodischer und klinischer Hinsicht publiciren wird.

Der Vorsitzende macht aufmerksam, dass bis Ende März die Vorschläge wegen Wahl neuer Mitglieder erstattet werden müssen.

Zum Schlusse verliest der Schriftführer einen Brief des Herrn Prof. Drasche. (Siehe Anzeiger vom 4. März 1886, Nr. 8.)

Wien, den 5. März 1886.

Der Vorsitzende: Dr. Arlt.

Der Bibliothek der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien sind nachstehende Werke zugegangen:

Deutsche Chirurgie von Billroth-Lücke, Lief. 9. W. Koch, Milzbrand und Rauschbrand. Stuttgart 1886.

Annalen des k. k. Naturhistorischen Hofmuseums. Redigirt von Dr. Franz R. v. Hauer. Band I. Nr. 1. Wien 1886.

Sbornik lékařsky. Redigirt von Dr. Jarosl. Hlava und Dr. Jos. Thomayer. I. Band. 2. Heft. Prag 1886.

Valenta, Dr. Alois. Učna knjiga za babice o porodoslovji. Lublin 1886.

Angeschafft wurde:

Peters, Dr. Hermann. Die Untersuchung des Auswurfs auf Tuberkelbacillen.

Dr. Hajek.
Dr. Chiari.

Protokoll der Vorversammlung vom 5. März 1886.

Vorsitzender: Herr Hofr. v. Arlt.

Schriftführer: Herr Doc. Dr. Bergmeister.

Der Herr Secretär, Prof. Ludwig, legt die Wahlliste vor.

Der Herr Oekonom, Dr. Spitzmüller, verliest den Rechenschaftsbericht über die Geldgebahrung im Gesellschaftsjahre 1885/86.

Der Vorsitzende spricht dem Herrn Oekonom im Namen der Gesellschaft den wärmsten Dank für seine Mühewaltung aus.

Als Scrutatoren werden gewählt: Die Herren Prof. Kundrat, Primarius Englisch, Dr. Wittelshöfer und Dr. Teleky.



Der Vorschlag des Verwaltungsrathes betreffs Auflassung des Anzeigers wird abgelehnt.

Die Gesellschaft beschliesst, dass der Anzeiger fortgeführt werde, dass das Protokoll jedoch nur kurze Referate der Vorträge und Discussionen enthalte.

Die Gesellschaft beschliesst zu § 8 der Geschäftsordnung, dass jeder Vortragende zu Beginn der Sitzung einen kurzen Auszug seines Vortrages dem Schriftführer zu übergeben habe.

Der Antrag des Verwaltungsrathes, den Jahresbeitrag auf 20 Gulden zu erhöhen, wird angenommen.

Der Antrag, eine Diplomtaxe von 5 Gulden von den Neueintretenden zu erheben, wird angenommen.

Zum Schlusse theilt der Vorsitzende das Ableben des Mitgliedes Herrn Dr. Zillner mit. Die Versammlung erhebt sich von den Sitzen.

Für die medicinischen Jahrbücher sind bei der Redaction folgende Abhandlungen eingelaufen:

Ueber die Bedeutung der Riech- und Epithelialzellen der Regio olfactoria von Dr. Em. Kaufmann.

Notiz zur volumetr. Bestimmung des Gesammtstickstoffes im Harne u. s. w. von Prof. J. Horbaczewski.

Zur Erinnerung an Joh. Peter Frank von Hofr. v. Bamberger.

Ueber den Anschauungsunterricht in den medicinischen Schulen von Prof. S. Stricker.



Programm

für die am Freitag den 12. März 1886, Abends 7 Uhr, unter dem Vorsitze des Herrn Professor **Albert** stattfindende Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Herr Prof. v. **Mosetig-Moorhof**: Die Bedeutung des Jodoformverbandes im Kriege.

Fortsetzung der Discussion über das Hämometer. Zum Worte gemeldet: Herr Dr. **Siegel**.

Vorträge haben angemeldet die Herren: Hofrath Meynert, Dr. Steinbach, Prof. Leidesdorf, Prof. Weinlechner, Prof. Winternitz.

E. Ludwig. Bergmeister.

Herausgeber: **Die k. k. Gesellschaft der Aerzte.** — Für d. Redaction verantwortl.: Prof. **E. Albert.**
Verlag von **Alfred Hölder**, k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.
Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

18. März 1886. Nr. 10.

Anzeiger

der

k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Inhalt: Summarischer Bericht über die Sitzung vom 12. März 1886. — Programm der Sitzung am 19. März 1886.

Summarischer Bericht über die Sitzung vom 12. März 1886.

Vorsitzender: Herr Prof. **Albert.**

Schriftführer: Herr Doc. Dr. **Bergmeister.**

Herr Prof. **Benedikt** stellt einen Fall von angeborener corticaler Blindheit vor.

Herr Doc. Dr. **Maydl** stellt zwei Fälle vor, den einen mit Exstirpation eines Tumors in der Suprahyoidea-Gegend, den zweiten mit Exstirpation eines Hodentumors (Kryptorchismus) im linken Hypogastrium. An der Discussion hierüber betheiligen sich Herr Prof. Weinlechner, Prof. Albert, Prof. Obersteiner und kais. Rath Dr. Rabel.

Herr Prof. v. **Mosetig-Moorhof** hält seinen angekündigten Vortrag: Die Bedeutung des Jodoformverbandes im Kriege.

Der Vorsitzende beglückwünscht den Vortragenden nicht nur zu seinen Erfolgen, sondern auch zu der heutigen Anregung, die er gegeben.



Programm

für die am Freitag den 19. März 1886, Abends 7 Uhr, unter dem Vorsitze des Präsidenten Herrn Hofr. **v. Arlt** stattfindende feierliche Jahressitzung[1]) der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

---

1. Wahl sämmtlicher Functionäre und neuer Mitglieder.*)
2. Jahresbericht, erstattet vom Secretär Prof. E. Ludwig.
3. Bericht des Bibliothekars Herrn Dr. Hajek.
4. Herr Hofr. **Meynert**: Ueber die Frontalentwicklung des Gehirns.
5. Verkündigung des Wahlresultates.

Vorträge haben angemeldet die Herren: Dr. Steinbach, Prof. Leidesdorf, Prof. Weinlechner, Prof. Winternitz.

---

[1]) Demonstrationen sind in dieser feierlichen Sitzung nicht zulässig.

*) Es liegen dieser Nummer zwei Wahllisten bei; die P. T. Mitglieder werden ersucht, dieselben ausgefüllt im Lesezimmer vor Beginn der Sitzung an die Herren Scrutatoren abzugeben, woselbst das Scrutinium stattfindet.

E. Ludwig. Bergmeister.

Herausgeber: **Die k. k. Gesellschaft der Aerzte.** — Für d. Redaction verantwortl.: Prof. **E. Albert.**

Verlag von **Alfred Hölder,** k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.

Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

25. März 1886. Nr. 11.

Anzeiger

der

k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Inhalt: Protokoll der Sitzung vom 12. März 1886. — Summarischer Bericht über die feierliche Jahressitzung vom 19. März 1886. — Programm der Sitzung am 26. März 1886.

Protokoll der Sitzung vom 12. März 1886.

Vorsitzender: Herr Prof. Albert.

Schriftführer: Herr Dr. Bergmeister.

Herr Professor **Benedikt** stellt eine 35jährige Kranke mit angeborner Blindheit und normal gebildeten Augen vor, welche an einer hochgradigen Aplasie des ganzen Interparietal-Beines leidet. Dies beweist mit vollständiger Sicherheit eine hochgradige Aplasie der Hinterhauptslappen und entspricht vollkommen den klassischen Versuchen von Munk.

Herr Doc. Dr. **Maydl** stellt 1. einen 29jährigen Patienten vor, dem von ihm wegen eines Gesässscheidensarcoms die Gabelung der linken Carotis comm. exstirpirt worden war. Am 5. Tage nach der Operation trat rechtsseitige Hemiplegie nebst Aphasie ein, deren erstere sich bereits ausgeglichen hat, letztere noch in Ueberresten besteht. 2. Einen 38jähr. Patienten, dem er ein kopfgrosses Sarcom exstirpirte, das sich von einem im Abdomen zurückgehaltenen Testikel entwickelt hatte. Ein halbhandteller grosser Defect an der Blasenkuppe, sodann eine wegen Verwachsungen nothwendig gewordene Resection der Flexura romana heilten anstandslos. Am 4. Tage trat die erste Stuhlentleerung ein, am 10. Tag konnte Patient aufstehen. Seit dem Operationstag (7. Februar) hat er um 6 Kilo zugenommen. Der Patient ist ein Kryptorche, auch der andere Testikel befindet sich in der Bauchhöhle.

Herr Prof. **Weinlechner** bemerkt hiezu, dass nach seiner Statistik nur jene Fälle von Carotisunterbindung zur Hemiplegie und Aphasie führen, bei welchen Blutungen vorausgegangen sind.

Herr Prof. **Albert** glaubt auch, dass es sich in der Mehrzahl der Fälle so verhalten möchte. In dem Falle jedoch dürfte die

Hemiplegie im Wege der Embolie zu Stande gekommen sein. A. hält die Carotisunterbindung auch bei Atheromatose für gefährlich.

Herr Prof. Obersteiner erwähnt noch einen Punkt, der in Betracht kommt. Der Circulus Willisii ist häufig variabel, namentlich in Bezug auf die Communicantes und das Verbindungsstück der Arteriae profundae cerebri mit der Basilaris. Wenn diese abnorm entwickelt sind, kann bei Unterbindung der Carotis die Blutzufuhr schwer regulirt werden und Gehirnanämie zu Stande kommen.

Herr Prof. Weinlechner stellt einen 20 Jahre alten Schlossergehilfen vor, welchem er vor 4 Wochen wegen hochgradiger Varices im Verlaufe der Saphena magna dextra 24 Injectionen mit Eisenperchlorid — 20 Grad Beaumé — theils am Unter-, theils am Oberschenkel in einer Sitzung gemacht hat. An jeder Stelle wurde je ein Theilstrich einer Pravaz'schen Spritze injicirt. Der Verlauf war fieberfrei und der Kranke verliess nach 3 Wochen das Spital. Seitdem kann derselbe anstandslos arbeiten, da er nun weder von dem Gefühl der Schwere noch von Schmerzen an der Extremität belästigt ist. Die Venen-Stämme, in die injicirt wurde, fühlen sich jetzt als harte Stränge an und an den Injectionsstellen befinden sich derbe Knoten.

W. übte dieses Verfahren, welches in der Wiener allg. med. Zeitung, Jahrgang 1884, Nr. 15 und folgenden näher beschrieben ist, seit 1868 bisher an 41 Personen. Alle Operirten sind ohne besonderen Zwischenfall genesen, mit Ausnahme eines der Erstlingsfälle, der wohl auch genesen ist, dessen Leben aber durch eine von den Injectionsstellen ausgehende Phlegmone gefährdet war. Der Nutzeffect war nach der Injection folgender: 1. Die Turgescenz der Venen nahm in Folge der Verödung ab und die bleierne Schwere, wie sich die Kranken äusserten, wich von den Gliedern; die Operirten konnten anhaltender gehen und stehen. 2. Die Fussschweisse verminderten sich. 3. Etwa vorhandene Fussgeschwüre heilten nun sichtlich rasch. 4. Blutungen traten nicht wieder auf.

Am besten eignen sich zur Eiseninjection Patienten mit mehr local, wenn auch noch so hochgradig ausgedehnten Venen. Bei solchen ist der Effect ein überraschender. Sind aber fast alle Venen ausgedehnt, so bietet doch die Eiseninjection ein Palliativ-Mittel für Jahre. Indess ist nicht zu leugnen, dass namentlich bei Leuten, die anhaltend stehen müssen, an Stelle der geschrumpften andere Venen sich ausdehnen, daher es unbedingt nothwendig ist, dass solche Personen auch nach der Verödung der besonders ausgedehnten Varices Binden oder Schnürstrümpfe tragen. Im Falle eines Recidivs wäre die Operation zu wiederholen.

Herr kais. Rath Dr. Rabel bemerkt nachträglich noch zu dem von Dr. Maydl vorgestellten Falle von Kryptorchismus, dass ihm vor

7 oder 8 Jahren ein solcher Fall vorgekommen sei. Es handelte sich um einen faustgrossen Tumor linkerseits zwischen Annulus ing. und Spina ilei. Der Tumor war etwas beweglich, schien nach rückwärts fixirt. Es war Kryptorchismus vorhanden und der Hode im Leistenringe nicht zu entdecken. Der Tumor wuchs rasch und der Kranke erlag. Die Section konnte nicht gemacht werden.

Herr Prof. von **Mosetig-Moorhof** hält seinen angekündigten Vortrag: Die Bedeutung des Jodoformverbandes im Kriege.

Der Vortragende betont die Wichtigkeit und Unentbehrlichkeit der Antisepsis im Kriege und beweist, dass für die erste Hilfeleistung am Verbandplatze sowohl, als auch in den Feldlazarethen der ersten Linie die Verwendung gelöster Antiseptica platterdings unmöglich sei, weil ihre Technik zu sehr complicirt und ihre Wirkung allzu flüchtig ist. Da die Verwundeten so rasch als möglich nach rückwärts evacuirt werden müssen und die Evacuation oft sehr lange dauert, eignen sich zum Verbande nur solche Antiseptica, denen eine Dauerwirkung zukommt. Diesbezüglich gebühre dem Jodoform die Palme, wie es auch Lister, Mac Cormae und viele andere kriegserfahrene Chirurgen rückhaltslos anerkennen. In den Feldspitälern zweiter und dritter Linie sind, falls genügende ärztliche Hilfe vorhanden ist, auch andere Antiseptica gewiss von ausgezeichneter Wirkung, aber auch hier leiste der reine Jodoformverband das Gleiche, nur auf viel bequemere Weise. Redner hat wohl als Erster den reinen Jodoformverband im serbo-bulgarischen Kriege erprobt und in 824 Fällen von Schussverletzungen, bei schon septisch erkrankten Wunden mit bestem Erfolge in Anwendung gezogen. Das Materiale bestand aus 252 Schussfracturen (14 Oberschenkel, 19 Unterschenkel, 20 Ober- und Vorderarm, 1 Hüftgelenk, 13 Kniegelenk, 2 Sprunggelenk, 4 Ellbogengelenk, 5 Handgelenk, 2 Schädlfracturen, 1 Wirbelsäuleschuss mit Verletzung der Arteria vertebralis, 3 Rippenfracturen mit Lungenschüssen, 167 Kiefer-, Hand- und Fussfracturen, 570 Weichtheilschüssen, 2 Hiebwunden, in Summa aus 824 Fällen). 19 Patienten starben, also Mortalität 2·3 Percent, davon 4 an Tetanus, 3 an Embolien der Art. basilaris, nach Schussfracturen, 1 an Thrombose der Vena iliaca, 1 Gehirnverletzung, 2 wurden moribund überbracht. Zieht man diese unter allen Verhältnissen dem Tode Geweihten ab, so verbleiben nur 8 an Sepsis Gestorbene, was einer Mortalität von 1·24 Percent entspricht.

Jodoformintoxicationen sind nicht vorgekommen, auch in seiner Friedensthätigkeit hat Redner derlei nie beobachtet. Wittelshöfer will zwar in Sophia eine Jodoformvergiftung beobachtet haben, die Richtigkeit der Deutung ist aber fraglich, da maniakalische Zustände auch durch Sepsis allein zu Stande gebracht werden und weil im Falle Wittelshöfer alle angeblichen Ver-

giftungssymptome **trotz dem Fortgebrauche** des Toxicums schwanden, eine Thatsache, die sonst schwer zu erklären wäre.

Zum Schlusse formulirt der Vortragende folgende Sätze:

1. Für die erste Linie sind nur pulverförmige Antiseptica möglich, welche nicht ätzen, und selbst in kleinsten Mengen auf die Wunden gebracht, eine sichere Dauerwirkung entfalten.

2. Für die zweite und dritte Linie ist der **reine Jodoformverband** vollends ausreichend und erzielt man damit ebenso gute Heileffecte als mit Carbolsäure und Sublimat, nur auf technisch viel einfachere und bequemere Weise.

3. Das Jodoform ist für den Organismus weit weniger schädlich als die früher bezeichneten Antiseptica.

Der Vorsitzende beglückwünscht den Vortragenden nicht nur zu seinen Erfolgen, sondern auch zu der heutigen Anregung, die vollkommen zeitgemäss. Es habe sich herausgestellt, dass für die primäre Versorgung der Wunden kein Verband mit dem Jodoform concurriren könne. Dieser Satz versetze uns in die Möglichkeit, einen internationalen primären Kriegsverband anzustreben. Die Anregung hierzu sei gegeben. Das rothe Kreuz habe beschlossen, alle übrigen rothen Kreuze hiervon in Kenntniss zu setzen, damit die Discussion über den internationalen Verband der Kriegs-Chirurgie auf die Tagesordnung gesetzt werde.

Wien, den 19. März 1886.

Der Vorsitzende: **Arlt.**



Summarischer Bericht über die feierliche Jahressitzung vom 19. März 1886.

Vorsitzender: Herr Präsident Hofrath v. **Arlt.**

Schriftführer: Herr Doc. Dr. **Bergmeister.**

Der Herr Secretär Prof. E. **Ludwig** erstattet den Jahresbericht über die Leistungen der k. k. Gesellschaft der Aerzte im Geschäftsjahre 1885/86.

Der Herr Bibliothekar Dr. **Hajek** erstattet den Bericht über den Stand der Bibliothek.

Herr Hofrath Prof. **Meynert** hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber die Frontalentwicklung des Gehirns.



Programm

für die am Freitag den 26. März 1886, Abends 7 Uhr, unter dem Vorsitze des Herrn Prof. **Kundrat** stattfindende Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Herr Dr. Jos. **Steinbach**: Ueber die Seekrankheit.

Fortsetzung der Discussion über das Hämometer. Zum Worte gemeldet: Herr Dr. **Siegel**.

Vorträge haben angemeldet die Herren: Prof. Leidesdorf, Prof. Weinlechner, Prof. Winternitz, Prof. Seegen.

E. Ludwig. Bergmeister.

Herausgeber: **Die k. k. Gesellschaft der Aerzte.** — Für d. Redaction verantwortl.: Prof. **E. Albert.**
Verlag von **Alfred Hölder**, k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.
Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

1. April 1886. Nr. 12.

Anzeiger der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Protokoll der feierlichen Jahressitzung vom 19. März 1886.

Vorsitzender: Herr Präsident Hofr. v. **Arlt.**
Schriftführer: Herr Secretär Dr. **Bergmeister.**

Der Herr Secretär Prof. **E. Ludwig** erstattet den folgenden Jahresbericht über die Leistungen der k. k. Gesellschaft der Aerzte im Geschäftsjahre 1885/86:

Hochansehnliche Versammlung!

Ich komme der ehrenvollen Aufgabe nach, Ihnen den Jahresbericht über das verflossene 49. Vereinsjahr vorzulegen, noch einmal unsere wissenschaftliche Thätigkeit, sowie alle unsere Gesellschaft näher berührenden Ereignisse, welche dieses Jahr gebracht hat, in's Gedächtniss zurückzurufen.

Die k. k. Gesellschaft der Aerzte zählt dermalen 277 ordentliche Mitglieder, demnach 2 mehr als am Ende des vorigen Vereinsjahres, zwei Mitglieder sind in Folge der Aenderung ihres Wohnortes aus dem Verbande der Gesellschaft geschieden, 5 Mitglieder wurden uns durch den Tod entrissen, und zwar: Dr. Severin Zavisics, Professor Dr. Ludwig Schlager, Dr. Ignaz Mühlrad, Dr. Josef Ritter von Schneller und Dr. Eduard Zillner.

Es sei mir gestattet, unseren dahingeschiedenen Collegen in Dankbarkeit dafür, dass sie unsere Gesellschaft nach besten Kräften förderten, einige Worte der Erinnerung zu widmen.

Severin Zavisics wurde im Jahre 1817 zu Alt-Kanizsa geboren; er absolvirte an der Wiener Universität die medicinischen Studien und wurde daselbst am 4. Mai 1841 zum Doctor der Medicin promovirt; unserer Gesellschaft gehörte er seit dem Jahre 1852 an. Ein vielbeschäftigter, beliebter Arzt, war Zavisics im Um-

gange mit Collegen liebenswürdig, bescheiden und gefällig, so dass er bei Allen, die ihn kannten, im besten Andenken bleiben wird. Er starb nach längerer Krankheit am 15. Juni 1885.

Ludwig Schlager ist im Jahre 1828 zu St. Florian in Oberösterreich geboren; er studirte in Wien, wurde 1852 zum Doctor der Medicin und Chirurgie promovirt und trat 1853 als Secundararzt in die niederösterreichische Landes-Irrenanstalt ein, in welcher Eigenschaft er daselbst bis 1860 verblieb; in diesem Jahre verliess er die Anstalt, um die Stelle eines Landesgerichtsarztes in psychiatrischen Angelegenheiten anzutreten. 1873 übernahm Schlager die Leitung der Wiener Landes-Irrenanstalt als Director; inzwischen war er auch, nachdem er sich 1858 habilitirt hatte, im Jahre 1865 zum ausserordentlichen Professor ernannt worden und als Mitglied in das Professoren-Collegium der medicinischen Facultät eingetreten. Vom Jahre 1866 bis 1879 war er Mitglied des Gemeinderathes der Stadt Wien und vom Jahre 1879 bis zu seinem Tode Mitglied des obersten Sanitätsrathes.

Schlager's Leistungen auf dem Gebiete der Psychiatrie, sowie seine Thätigkeit als Director der Landes-Irrenanstalt sind von Fachmännern wiederholt und eingehend gewürdigt worden; allgemein wird sein Einfluss auf die Entwicklung der Psychiatrie und der Irrenpflege in Oesterreich als ein bedeutsamer und segenbringender hervorgehoben, und ganz besonders wird seine wahre Humanität und die Fürsorge für die Kranken von Allen gerühmt.

Die Gesellschaft der Aerzte zählte namentlich in früheren Jahren Schlager zu ihren eifrigsten Mitgliedern und sie ist ihm zu ganz besonderem Danke verpflichtet dafür, dass er durch eine Reihe von Jahren, nämlich von 1864 bis 1871, an der Redaction der medicinischen Jahrbücher Antheil nahm.

Der unermüdlichen Arbeit Schlager's wurde von allen Seiten die verdiente Anerkennung zu Theil; er erhielt den Titel eines k. k. Regierungsrathes, das Bürgerrecht der Stadt Wien bei seinem Austritte aus dem Gemeinderathe, das Ritterkreuz des schwedischen Nordstern-Ordens und er wurde von den ärztlichen Gesellschaften zu Stockholm und Christiania, von der Gesellschaft der Irrenärzte zu Paris, der Gesellschaft für Staatsarzneikunde im Grossherzogthum Baden, ferner von der Gesellschaft der englischen und belgischen Irrenärzte zum Mitgliede und Ehrenmitgliede ernannt.

Im Jahre 1884 erkrankte Schlager an einem Blasen- und Nierenleiden, von dem er sich nicht mehr erholen konnte; am 24. Juli 1885 verschied er zu Gastein in den Armen seines Sohnes.

Ignaz Mühlrad, geboren 1836 in Triesch, einem kleinen Städtchen Mährens, kam im Jahre 1842 mit seinem Vater nach Lundenburg, woselbst der letztere als Rabbiner und Prediger thätig war. Er absolvirte die Gymnasialstudien zu Strassnitz in Mähren



und am akademischen Gymnasium in Wien, studirte dann in Wien Medicin, wurde 1862 zum Doctor der Medicin und Chirurgie promovirt und trat hierauf als Secundararzt in das allgemeine Krankenhaus ein, wo er besonders auf der von dem Primarius Zsigmondy geleiteten Abtheilung längere Zeit als Secundararzt I. Cl. diente. Im Jahre 1868 liess sich Dr. Mühlrad in der inneren Stadt nieder, vertrat zuerst den Dr. Adolf Fischhof und übernahm dann den grössten Theil von dessen Praxis. Ein gewissenhafter, humaner und aufopfernder Arzt, erwarb er sich das Zutrauen und die Verehrung zahlreicher Patienten, sowie die Achtung seiner Collegen wegen seiner strengen Rechtlichkeit und Collegialität. Seit dem Jahre 1881 kränkelte Dr. Mühlrad andauernd bis zu seinem am 8. August 1885 erfolgten Tode.

Josef Schneller ist am 9. Mai 1814 zu Wien geboren; er absolvirte die medicinischen Studien an der Wiener Universität, wurde 1840 zum Doctor med. und 1841 zum Dr. chir. promovirt. Von 1849 bis 1852 war er Decan des medic. Doctoren-Collegiums, 1851 wurde er zum Obmann des wissenschaftliches Ausschusses im Wiener medic. Doctoren-Collegium gewählt, von 1861 bis 1871 bekleidete er die Stelle des Präses der Witwen- und Waisen-Societät dieser Körperschaft, von 1870 bis zu seinem Lebensende war er Mitglied und seit 1879 Stellvertreter des Vorsitzenden im obersten Sanitätsrathe. Schon frühzeitig bekundete Schneller eine besondere Vorliebe für die öffentliche Gesundheitspflege. Auf vielen und weiten Reisen, die er unternahm, besuchte er Spitäler und Humanitätsanstalten und studirte auf's Eifrigste die sanitären Verhältnisse in den bereisten Ländern. Die gesammelten Erfahrungen verwendete Schneller gewissenhaft als eifriger Förderer der öffentlichen Gesundheitspflege in seinem Vaterlande. Während er in der ersten Zeit seiner ärztlichen Thätigkeit dem Studium der Wirkung von Arzneimitteln oblag, wendete er später sein Interesse ganz dem Studium der Infectionskrankheiten, Pest, Cholera, insbesondere aber der Variola zu; im Jahre 1873 legte er dem Ministerium des Innern einen Impfgesetz-Entwurf vor. Zuletzt waren es die Fragen der Schulhygiene und der Wasserversorgung Wiens, die er mit ungetheilter Aufmerksamkeit verfolgte und zu fördern suchte.

Auf Anregung Schneller's wurde 1880 im medicinischen Doctoren-Collegium die Section für öffentliche Gesundheitspflege gegründet. Mit wahrem Feuereifer zog er diese seine Schöpfung gross in der Ueberzeugung, das Interesse für diesen wichtigen Theil der medicinischen Wissenschaften auf diesem Wege unter den Aerzten zu verbreiten. Die Verdienste, welche sich Schneller durch seine öffentliche Thätigkeit erworben hat, sind von Sr. Majestät durch Verleihung des Ordens der eisernen Krone III. Cl. und Erhebung in den Ritterstand anerkannt worden.

*

Nach zweimonatlicher, schwerer Krankheit starb Dr. Josef Ritter von Schneller am 22. December 1885. Mit ihm ist ein edler Mensch aus dem Leben geschieden, der die Rechte des ärztlichen Standes mit unermüdetem Eifer vertheidigte, alle wissenschaftlichen und humanen Bestrebungen auf das Eifrigste und Thatkräftigste unterstützte und ein energischer Vorkämpfer für den Fortschritt auf allen Gebieten des öffentlichen Sanitätswesens war.

Eduard Zillner wurde am 21. October 1853 zu Salzburg als der Sohn des k. k. Sanitätsrathes und Directors der Landes-Irrenanstalt daselbst geboren. Er studirte am Salzburger Gymnasium von 1863 bis 1871, bezog 1871 die Universität Würzburg, nach einem Jahre die Universität Wien, woselbst er 2 Jahre verblieb, kehrte darauf für 1 Jahr nach Würzburg zurück und vollendete endlich die medicinischen Studien in Wien, woselbst er 1877 zum Doctor der gesammten Heilkunde promovirt wurde. Während des letzten Jahres seiner Studien war Zillner Demonstrator bei der Lehrkanzel für pathologische Anatomie, 1878 wurde er Operationszögling an der von weiland Hofrath von Dumreicher geleiteten chirurgischen Klinik, 1879 erwählte ihn Prof. von Hofmann zum Assistenten der Lehrkanzel für gerichtliche Medicin, 1884 habilitirte er sich als Privatdocent für dieses Fach; ein Jahr vorher wurde er vom k. k. Landesgerichte in Strafsachen in Wien als Gerichtschemiker bestellt, in welcher Eigenschaft er bis zu seiner Beurlaubung, d. i. bis zum Mai 1885, thätig war.

Schon zu Beginn des Jahres 1885 kränkelte Zillner, am Schlusse des Wintersemesters war sein Zustand so besorgnisserregend geworden, dass er auf den Rath der Aerzte hin nach dem Süden ging, mit der festen Hoffnung, dort bald Heilung zu finden. Seine Hoffnung hat sich nicht erfüllt, nur ganz vorübergehend wurde sein Zustand erträglich und am 19. Februar d. J. erlag er, auf fremder Erde, fern von der Heimat und den Seinen, in Ajaccio auf Corsica seinem Leiden. Der liebenden Schwester, die auf die Nachricht von dem bevorstehenden Ende an das Krankenlager eilte, war es gegönnt, den theuren Bruder noch am Leben zu finden und ihm wenige Tage darauf für immer die Augen zu schliessen.

Zillner gehörte zu den tüchtigsten, eifrigsten und gediegensten Kräften der jüngeren Generation an unserer Universität. Er war ein Mann von Talent, von eisernem Willen und unbeschränkter Arbeitskraft, ein edler, offener Charakter. Seine wissenschaftlichen Leistungen sind hervorragend und erfreuen sich allgemeiner Anerkennung; eine umfassende Arbeit, die er mit mir vor 2 Jahren unternahm, in der die Vertheilung des Quecksilbers im Organismus bei Vergiftungen behandelt wird, sollte er nicht mehr reifen sehen!

Allgemein war die Trauer in den Kreisen unserer Facultät und unserer Gesellschaft, als die Nachricht von Zillner's Tode

hier einlangte, ein Zeichen der grossen Werthschätzung, welche sich der Verstorbene bei Allen, die in näheren Verkehr mit ihm gekommen waren, erworben hat.

Am 15. Mai begab sich das Präsidium zu unserem hochgeehrten und hochverdienten Mitgliede, Herrn Professor Dr. Ritter von Dittel, um denselben anlässlich seines 70. Geburtstages im Namen der k. k. Gesellschaft der Aerzte zu beglückwünschen.

Ueber die wissenschaftliche Thätigkeit unserer Gesellschaft im abgelaufenen Jahre habe ich Folgendes zu berichten. In 31 wissenschaftlichen Sitzungen wurden 84 Vorträge und Demonstrationen abgehalten, welche sich auf die einzelnen Fächer in folgender Weise vertheilen:

Auf die	Anatomie	3
„ „	Physiologie	4
„ „	pathologische Anatomie	14
„ „	allgemeine und Experimentalpathologie	4
„ „	Hygiene	1
„ „	Pharmakologie	1
„ „	Therapie	2
„ „	interne Medicin	7
„ „	Laryngologie und Rhinologie	3
„ „	Hydrotherapie	1
„ „	Psychiatrie	2
„ „	Chirurgie	18
„ „	Augenheilkunde	5
„ „	Kinderheilkunde	3
„ „	Dermatologie	10
„ „	Syphilidologie	2
„ „	Demonstration von Instrumenten und Bandagen	4

Eine umfassende Discussion wurde über die von Dr. Kassowitz inaugurirte Phosphorbehandlung der Rachitis eingeleitet und einer eingehenden Würdigung wurde in Folge des am 22. Mai 1885 von Herrn Dr. Kratschmer gehaltenen Vortrages über die hygienische Beurtheilung des Projectes der Wiener Neustädter Tiefquellenleitung die hygienische Seite dieses Projectes unterzogen. Die k. k. Gesellschaft der Aerzte, welche in allen grossen hygienischen Fragen, welche die Residenzstadt betreffen, ihre gewichtigen Ansichten in die Wagschale gelegt hat, musste, als die Erweiterung der Wasserversorgung durch ein neues Project zur Discussion kam, umsomehr zu demselben Stellung nehmen, als man in massgebenden Kreisen mit der Absicht umging, eine Nutzwasserleitung zu bauen, welche uns Wasser aus der Donau zuführen sollte. Das von Ihnen gewählte, aus den Herren: Hofrath von Skoda, Hofrath

von Schneider, Stadtphysikus Dr. Kammerer, Docent Dr. Kratschmer, Professor Leidesdorf, Professor E. Ludwig und Prof. J. Mauthner bestehende Comité hat die Frage einer eingehenden Berathung unterzogen und Ihnen in der Sitzung vom 11. December 1885 darüber Bericht erstattet. Nachdem Sie dem Berichte Ihre volle, einmüthige Zustimmung ertheilt hatten, wurde derselbe in Druck gelegt und den massgebenden Personen und Behörden mitgetheilt. Es darf wohl mit Zuversicht angenommen werden, dass die k. k. Gesellschaft der Aerzte auch diesmal in der Frage der Wasserversorgung Wiens mit Erfolg für das sanitäre Wohl der Bevölkerung eingetreten ist.

Publicirt wurden von der Gesellschaft im verflossenen Jahre unter der Redaction der Professoren Albert, Kundrat und Ludwig 1 Band der „Medicinischen Jahrbücher" 42 Bogen stark, mit 36 Tafeln, dann der „Anzeiger" in 32 Nummern.

Seit dem Beginne dieses Jahres erscheinen mit Ihrer Zustimmung die Jahrbücher nicht mehr in Vierteljahresheften, sondern im Interesse einer rascheren Publication in Monatsheften; auch ist Vorsorge getroffen, dass jede in den Jahrbüchern erschienene Abhandlung separat in den Buchhandel gebracht wird.

Diese Neuerungen haben die allgemeine Zustimmung der Autoren und der Leser erfahren und wir wollen hoffen, dass dieselben im Vereine mit dem grossen Interesse, welches unser jetziger Verleger, Herr Alfred Ritter von Hölder, unseren Publicationen entgegenbringt, zur Verbreitung der Jahrbücher beitragen werde.

Mit Eifer wurde in diesem Jahre die Frage nach Erwerbung eines eigenen Hauses für unsere Gesellschaft behandelt und wir sind insbesondere Herrn Professor von Dittel zu grossem Danke verpflichtet für das rege Interesse, das er dieser Frage widmet. In einer ad hoc einberufenen Sitzung wurde das Project der Gründung eines eigenen Heims für die k. k. Gesellschaft der Aerzte mit dem wärmsten Interesse von Seite der Mitglieder aufgenommen. Die Art der Realisirung dieses Projectes hängt davon ab, ob es gelingen wird, einen Bauplatz im Innern der Stadt unentgeltlich zu erwerben. Das für die Behandlung der Frage eingesetzte Actions-Comité hat die nöthigen Schritte beschlossen und wiederholt über die Beschaffung der erforderlichen Mittel berathen. Die Mitglieder der Gesellschaft verfolgen dessen Arbeiten mit grösstem Interesse und wir wollen uns der frohen Hoffnung hingeben, dass die Zeit nicht allzuferne ist, in der sich die Realisirung des Projectes vollzieht.

Das 50. Vereinsjahr wollen wir, hochgeehrte Herren, mit dem Wunsche antreten, dass es uns, getreu den Traditionen der k. k. Gesellschaft der Aerzte, auch fernerhin gelingen möge, unentwegt im Interesse der Wissenschaft und der Humanität zu wirken.

Indem ich das mir vor 3 Jahren anvertraute Amt niederlege, möge es mir gestattet sein, Ihnen für die thatkräftige Unterstützung und für die nachsichtige Beurtheilung meiner schwachen Leistungen bestens zu danken.

Der Herr Bibliothekar Dr. **Hajek** erstattet den Bericht über den Stand der Bibliothek.

Hochgeehrte Versammlung!

Erst nach einem Zeitraum von 3 Jahren ist es mir gestattet, für die mich so sehr auszeichnende Wahl zum Bibliothekar zu danken, was ich hiermit für mich wie für Herrn Dr. Chiari, der die Güte hatte, mich auch in diesem Sommer zu vertreten, thue.

Den Meisten von Ihnen fremd, trat ich unter Herrn Dr. Eisenschitz meine Stelle an, und ich habe nie daran vergessen, dass ich mich erst durch Arbeit in Ihrem Vertrauen zu festigen habe. Die uns Beiden zugewiesene Stellung wird durch die uns gewährte Schreibekraft ausserordentlich erleichtert, ja sie wäre ohne dieselbe für praktische Aerzte undurchführbar.

Die alten Klagen über Raummangel, wie sie auf Aller Lippen sind, sollen hier nicht wiederholt werden, viel lieber fasse ich das Project in's Auge, das jedem Mitgliede dieser Gesellschaft lieb sein muss, den Plan eines eigenen Heims. Für die Bibliothek wird die Verwirklichung dieser Idee eine ganz besondere Wichtigkeit erlangen. Denn schon jetzt ist dieselbe, sowie das Lesezimmer nicht nur von den Mitgliedern der Gesellschaft benutzt, sondern auswärtige angesehene Körperschaften appelliren gar oft an unser Lesemateriale (10.900 Werke, die Journale mit einbegriffen), so die Universität, die Hochschule für Bodencultur, der Magistrat, die militär-statistische Commission. Alle diese Institute wenden uns auch ihrerseits ihre Producte zu, ebenso das Stadtphysikat, die Spitäler Wiens und anderer Städte.

Einen ganz besonderen auswärtigen Gönner besitzt die k. k. Gesellschaft der Aerzte an dem k. k. Generalconsul Herrn Dr. Ritter v. Scherzer in Genua, der uns nicht blos medicinische Bücher und Zeitschriften widmete, sondern auch seine Kraft in wichtigen Fragen, wie bezüglich der Cholera-Nachrichten etc. zur Verfügung stellte.

Von den Mitgliedern selbst haben fast alle, welche selbstständige Werke publicirten, die Bibliothek mit ihren Arbeiten beschenkt. In erster Linie ist hier Herr Prof. v. Billroth zu nennen, durch dessen Freigebigkeit wir alle bisher erschienenen Bände des viel umfassenden Werkes: Deutsche Chirurgie v. Billroth und Lücke besitzen. Abgesehen von Separatabdrücken, welche aber für die Bibliothek stets sehr willkommen sind, haben

ihre eigenen Werke gewidmet die Herren: Fleischl, Finger, v. Hacker, Kassowitz, Ludwig, L. Mauthner, Lang, Obersteiner, Pfleger, Scheff.

Von den Büchern unserer Bibliothek sind jederzeit an 280 ausgeliehen, und wenn bisher viele derselben allzulange in den Händen der Entlehner verblieben sind, so werde ich bemüht sein, diesem Uebelstande im Interesse der geehrten Herren Mitglieder in Zukunft abzuhelfen.

Ich bitte Sie mir wie bisher Ihre Nachsicht angedeihen zu lassen und der Bibliothek Ihre Aufmerksamkeit zu schenken, denn die äusseren Verhältnisse und die Organe derselben werden wechseln, die Bibliothek aber bleibe ein Hilfsmittel zur Arbeit für ihre Mitglieder und werde ein Anziehungspunkt für alle Aerzte Wiens.

Herr Hofrath Prof. **Meynert** hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber die Frontalentwicklung des Gehirns.

Wien, den 26. März 1886.

Der Vorsitzende: Kundrat.



Summarischer Bericht der Sitzung vom 26. März 1886.

Vorsitzender: Herr Prof. **Kundrat.**

Schriftführer: Herr Dr. **Wagner.**

Der Vorsitzende verliest das Protokoll der am 19. März 1886 vorgenommenen Wahlen von Functionären und Mitgliedern der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Abgegeben wurden 128 giltige Stimmzettel. Es beträgt somit die absolute Majorität 65.

Als gewählt erscheinen:

Zum Präsidenten:	Hofrath v. Bamberger.
Zum Vice-Präsidenten:	Hofrath Billroth.
Zum I. Secretär:	Prof. Kundrat.
„ II. „	Doc. Dr. Bergmeister.
Zum Oekonomen:	Dr. Spitzmüller.
Zum I. Bibliothekar:	Dr. Hajek.
„ II. „	Dr. O. Chiari.
Zu Verwaltungsräthen:	Prof. E. Ludwig.
	Hofrath Nothnagel.
	Prof. v. Schrötter.
	Prof. v. Reuss.
	Dr. Teleky.

Zu Vorsitzenden:	Hofrath v. Widerhofer.
	Prof. Exner.
	Prof. L. Mauthner.
Zu Schriftführern:	Prof. Czokor.
	Doc. Dr. Riehl.
	Dr. Paltauf.
Zu Ehrenmitgliedern:	Prof. Jules Béclard in Paris.
	Dr. Ignaz Hirschler in Budapest.
Zu correspond. Mitgliedern:	Prof. Alex. Lumniczer in Budapest.
	Prof. Friedr. Koranyi in Budapest.
Zu ordentlichen Mitgliedern:	Prof. Ernst Fuchs.
	Gen.-Stabsarzt Dr. Wenzel Hoor.
	Prof. Johann Latschenberger.
	Dr. Emil Amrusch.
	Dr. Karl Foltanek.
	Dr. Ludwig Herz.
	Dr. Franz Sliwa.
	Reg.-Arzt Dr. Johann Schöfer.
	Dr. Eduard Himmel.
	Dr. Josef Paneth.
	Dr. Joachim Freund.

Wien, 20. März 1886.

Prof. Kundrat.
Dr. Teleky.
Dr. J. Englisch.

Herr Dr. **Königstein** macht zu dem Wahlresultate eine Bemerkung.

Herr Prof. **Fuchs** stellt eine Patientin mit Tuberculose der Conjunctiva vor.

An die Demonstration knüpfen die Herren Dr. **Königstein** und Prof. **Kaposi** Bemerkungen.

Hierauf hält Herr Dr. **Steinbach** den angekündigten Vortrag über die Seekrankheit.

Programm

für die am Freitag den 2. April 1886, Abends 7 Uhr, unter dem Vorsitze des Herrn Präsidenten Hofr. v. **Bamberger** stattfindende Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

---

1. Herr Prof. **Weinlechner**: Ueber Behandlung der Intussusception des Darmes.
2. Herr Prof. v. **Basch**: Ueber Venenpuls.

Vorträge haben angemeldet die Herren: Prof. Seegen, Dr. Fellner, Prof. Winternitz.

Kundrat. Bergmeister.

Herausgeber: **Die k. k. Gesellschaft der Aerzte.** — Für d. Redaction verantwortl.: Prof. **E. Albert.**
Verlag von **Alfred Hölder**, k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.
Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

8. April 1886. Nr. 13.

Anzeiger

der

k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Protokoll der Sitzung vom 26. März 1886.

Vorsitzender: Herr Prof. Kundrat.

Schriftführer: Herr Dr. Wagner.

Der Vorsitzende verliest das Protokoll der am 19. März 1886 vorgenommenen Wahlen (siehe Anzeiger Nr. 12 vom 1. April 1886).

Herr Dr. Königstein macht zu dem Wahlresultate eine Bemerkung.

Herr Prof. E. Fuchs stellt einen Fall von Tuberculose der Bindehaut vor. Bei einem 11jährigen Jungen sieht man in der unteren Uebergangsfalte der Bindehaut des linken Auges eine linsengrosse, hahnenkammförmige Excrescenz. Die Tarsalfläche des oberen Lides trägt an ihrer inneren Hälfte ein grosses, mit schlaffen Granulationen bedecktes Geschwür, in dessen Umgebung ein kleineres Knötchen aus der Bindehaut hervorwuchert. Die mikroskopische Untersuchung weist in diesen Gebilden zahlreiche Tuberkelbacillen nach.



Die Lymphdrüsen auf der linken Seite des Kopfes und Halses sind vergrössert; in den Lungen besteht Spitzencatarrh.

An diesen Fall knüpft sich die Frage, ob man ihn als Lupus oder als Tuberculose der Bindehaut auffassen soll. Ein ähnlicher Fall wurde zuerst von Hofrath v. Arlt als primärer Lupus der Bindehaut beschrieben. Haab, welcher selbst mehrere solcher Fälle beobachtete, nahm diese sowohl als die vor ihm beschriebenen für Tuberculose in Anspruch. Heutzutage ist diese Unterscheidung noch schwieriger geworden, seitdem wir wissen, dass auch im Lupus Tuberkelbacillen vorkommen. Auf der anderen Seite muss man zugeben, dass klinisch ein scharfer Unterschied zwischen tuberculösen Hautgeschwüren einerseits und Lupus andererseits besteht.

Die an dem vorgestellten Patienten vorhandene Affection, sowie die meisten der bisher beschriebenen Fälle stehen klinisch der Tuberculose viel näher als dem Lupus. Mit letzterem haben sie die zuweilen sehr lange Dauer gemeinschaftlich. Der Tuberculose nähern

sie sich aber dadurch, dass 1. jede Tendenz zur spontanen Vernarbung fehlt, 2. die davon befallenen Individuen sehr häufig auch Zeichen anderweitiger Tuberculose, namentlich in den Lymphdrüsen und Lungen, zeigen und derselben später unterliegen; 3. der Befund an Tuberkelbacillen ein sehr reichlicher ist.

Herr Doc. Dr. Königstein frägt, ob der Vortragende in diesem Falle Impfversuche angestellt habe.

Herr Prof. Fuchs erwidert, dass er dies bei dem Umstande, als in diesem Falle die mikroskopische Untersuchung das Vorhandensein zahlreicher Tuberkelbacillen ergab, für überflüssig erachtet habe.

Herr Prof. Kaposi sieht in dem von Prof. Fuchs demonstrirten Falle von Tuberculose der Conjunctiva einen neuerlichen Beleg für die klinische Verschiedenheit zwischen Lupus und Tuberculose der Haut. Lupus der Conjunctiva hat K. sehr häufig zu sehen Gelegenheit und er besitzt eine schöne Serie von bezüglichen Abbildungen. Aber die hier bei dem Knaben vorfindliche Geschwürs- und Knötchenform würde auch ihm sofort als von Lupus different und als Tuberculose imponirt haben. Der Charakter stimmt ganz mit dem der Tuberculose der Haut überein, indem sich aus miliären, rasch zerfallenden Knötchen die Gruppen zusammensetzen und die confluirenden Geschwüre dem Contour der Randknötchen entsprechend feinzackig ausgenagt erscheinen.

Wenn Prof. Fuchs in Rücksicht auf diese Differenz einigermassen zögert, der herrschenden Strömung sich anzuschliessen, welche Lupus und Tuberculose für identische Processe erklärt, so muss K. die Verschiedenheit beider im Gegentheil um so energischer betonen und vertheidigen, wie er dies bei verschiedenen Gelegenheiten und besonders auf dem internationalen Congresse zu Kopenhagen gethan. Es ist noch gar nicht lange her, dass man lehrte, Tuberculose und Lupus schliessen sich gegenseitig aus. Als man nach Schüppel die Riesenzellen als charakteristisch für den Tuberkel ansah und dieselben auch im Lupus fand, glaubte man daraufhin Lupus (und Scrophulose) für Tuberculose der Haut oder locale Tuberculose erklären zu müssen und jetzt, da die Bacillen das Charakteristische bilden und man solche auch im Lupusgewebe gefunden, stützt man auf diesen Fund die Doctrin von der Identität des Lupus mit Tuberculose.

Ich erkläre, dass weder das, wie bekannt, äusserst spärliche Vorkommen von Tuberkelbacillen im Lupus, noch die mit aus Lupus gewonnenen Reincultur-Bacillen erzielten Impfresultate, selbst die von R. Koch nicht, meine Ueberzeugung erschüttern können, dass Lupus und Tuberculose verschiedene Krankheiten sind.

Zunächst hat man mittelst jener Impfungen, wie mittelst der von Lupusgewebe höchstens Tuberculose erzeugt, was für manche Thiere gar nichts beweist, oder einfache entzündliche Infiltrate, die man ansehen kann als was man will, nur nicht für typischen Lupus.

Der Lupus aber bleibt seinem Typus in der Entwicklung und im ganzen Verlaufe constant treu, man mag nach den Verschiedenheiten des Alters, Geschlechtes und der Individualitäten ihn noch so oft und oft sehen und verfolgen. Ich habe gewiss an 1500 Lupusfälle gesehen und darunter die meisten viele Monate und viele Jahre hindurch anhaltend unter Augen gehabt. Niemals, und wenn der Lupus an demselben Individuum seit 50 Jahren fort und fort als Krankheitsprocess seine bekannten Erscheinungen des Ausbruches und Verlaufes machte, hat er in seinem specifischen Typus eine Abweichung geboten im Vergleiche zu der ersten Form desselben oder eines anderen Individuums. Niemals aber zeigt der Lupus auch nur andeutungsweise eine Aehnlichkeit mit Tuberculose der Haut und ich würde es eher verzeihlich finden, wenn Lupus mit Syphilis oder Lepra verwechselt würde, denen er eben sehr ähnlich sein kann, als mit Tuberculose der Haut.

Seit wir die Tuberculose der Haut kennen — und Sie wissen, dass die ersten und meisten Fälle hier und an unserer Klinik beobachtet worden sind — wissen wir auch, dass dieser Process ebenso charakteristische und von denen des Lupus ganz verschiedene Charaktere der Erscheinung und des Verlaufes darbietet. Da gibt es auch sofort zahlreiche Tuberkelbacillen zu sehen. Es handelt sich immer um aus Miliartuberkeln sich zusammensetzende und entsprechend in Form von zernagten, feinzackigen, äusserst schmerzhaften Geschwüren schmelzender und relativ rasch verlaufende Infiltrate.

Wenn man sich nun damit helfen will, dass man sagt, nun, es ist wahr, Lupus sieht anders aus, verläuft auch anders etc., aber es ist so: Lupus ist eine modificirte, eine örtliche Tuberculose, die quasi wegen der regionären Erkrankung weniger für den Organismus zu bedeuten habe, als die eigentliche Tuberculose, die eine constitutionelle, dyskrasische, infectiöse Erkrankung vorstellt, so muss ich das für eine eben so inhaltslose und unbegründete Phrase bezeichnen.

Was zunächst den Begriff „modificirt“ anbelangt, so hat z. B. modificirte Syphilis einen gewissen Sinn, eine Form, der einzelne Charaktere der Syphilis weniger deutlich anhaften, z. B. Ansteckungsfähigkeit, während andere, z. B. klinisches Ansehen, Geschichte, ihren Zusammenhang mit Syphilis bekunden.

Lupus zeigt aber auch bei einem 40—50jährigen continuirlichen Bestande, d. i. dem Bestande als Process, wobei fortwährend Knötchen kommen, heranwachsen, sich involviren, exulceriren, mit den mannigfachsten Entzündungs- und neoplastischen Formen sich combiniren, niemals die geringste Modification im Sinne einer Tuberculose der Haut und umgekehrt, niemals habe ich Tuberculose der Haut auch nur annähernd den Charakter des Lupus annehmen gesehen.

Was nun den quasi benignen örtlichen Charakter des Lupus, im Sinne einer „localen Tuberculose“ betrifft, so kommt mir das auch

höchst einseitig vor. Ich kann mir diesen Begriff nicht recht mit einem Falle verbinden, bei dem vom zweiten Lebensjahre ab bis in das 50.—60. Lebensjahr fort und fort am ganzen Körper Lupusknoten und Infiltrate auftauchen und endlich nahezu der ganze Körper von der Krankheit betroffen ist. Da ist noch eher eine Lungenspitzen-Tuberculose, die ja ausheilen kann, relativ eine benigne und örtliche Krankheit.

Berücksichtige ich all' dies und noch manches Andere, was ich in einer kurzen gelegentlichen Bemerkung, wie diese, nicht übergehen musste, so kann ich nicht umhin, die Verschiedenheit von Lupus und Tuberculose der Haut neuerdings hier auf's Entschiedenste zu betonen.

Als Ergänzung der von Prof. Fuchs angeführten differentialen Momente im Verlaufe der Tuberculose und des Lupus der Schleimhaut möchte ich mir erlauben noch hervorzuheben, dass Lupus Tendenz und Fähigkeit zeigt zur Bildung von hyperplastischem Dauergewebe, diffusem und warzigem Bindegewebe, Tuberculose dagegen nicht.

Hierauf hält Herr Dr. Steinbach den angekündigten Vortrag über die Seekrankheit.

Vortrag

des Herrn Hofrathes **Meynert**, gehalten in der feierlichen Sitzung vom 19. März 1886: „Die frontale Entwicklung des Gehirnes.“

Als Beleg, wie die Vorurtheile für angelernte, in der Naturwissenschaft ganz unbenützbare Seelenvermögen nur die unbefangene Naturanschauung behindern, stellt sich die, von dem verdienstvollen Hitzig festgehaltene anthropologische Verwerthung des Stirnlappens als eines Organes der Intelligenz dar, weil das physiologische Experiment die Rinde des Stirnlappens nicht als Sitz von Sinneswahrnehmungen oder Bewegungsimpulsen, gleich dem Hinterhaupt- und Schläfelappen, andererseits gleich dem Scheitellappen aufgewiesen habe. Solche Vermengung von Schulpsychologie und Wissenschaft muss aufgegeben werden, dafür liegen nur abschreckende Beispiele vor, wie z. B. der Fehler, den Carus beging, als er seine vergleichend anatomisch richtige Auffassung der Schädelwirbel durch die Zuweisung je eines „Seelenvermögens“ an jeden Schädelwirbel verunreinigte. Ueber die Fehler anderer, rein denkunfähiger Autoren wäre es unwürdig, nur ein Wort zu verlieren.

Diese Anschauung über die functionelle Sonderstellung des Stirnlappens ist auf vier Fehler begründet: 1. verstehen die Rindenanatomen und physiologischen Experimentatoren nicht, was der Stirnlappen morphologisch ist; 2. bezieht sich das anthropologische Hervorragen nicht blos auf den Stirnlappen, sondern auch auf die Rinde der Sylvi'schen Grube und auf den Schläfelappen; 3. überlegt man nicht, was Intelligenz sei; 4. Sind dem Stirnlappen auch experimentell physiologische Daten abgewonnen worden, die man nicht zu würdigen weiss.

Im ersten Punkte lehrt die vergleichende Anatomie, wie ich dargelegt habe, dass die Massenentwicklung der hinteren Centralwindung Schritt hält mit der Entwicklung des Scheitellappens, die vordere Centralwindung mit der des Stirnlappens, daher die Raubthiere parietal hoch entwickelt, wie sie sind, eine mächtigere, bei dem Bären einen ganzen Lappen darstellende hintere Centralwindung besitzen, als der Mensch, während bei ihrer geringen Entwicklung des Stirnlappens eine gesonderte vordere Centralwindung gar nicht vorkommt. Die vordere Centralwindung, auf welche Hitzig fast seine sämmtlichen motorischen Centren beim Affen verlegte, während sein Nackencentrum beim Hunde sogar noch vor ihrem Bezirk liegt, ist daher Stirnlappen und die Roland o'sche Furche die einzig rationelle Abgrenzung des Stirnlappens. Dies streift allerdings sehr wesentlich schon den vierten Punkt meines Vortrages, dass dem Stirnlappen experimentell-physiologische Daten ebensogut abgewonnen wurden, als anderen Grosshirnlappen.

Bezüglich des zweiten Punktes liegt die anthropologische Kennzeichnung der Gehirnlappen zunächst darin, dass die Windungen der convexen Oberfläche mit der Innenfläche ihrer Randwindung am Menschen in der Entwicklung gegen den, zugleich mit dem Riechlappen reducirten Gyrus fornicatus der medialen Fläche überhaupt überwiegen. Innerhalb der Windungen der Convexität tritt die Tiefe und Ausdehnung der Wände der Sylvi'schen Grube mit der grössten und windungsreichsten Insel hervor, eine leicht durch die Entwicklung der menschlichen Sprache zu interpretirende Thatsache. Die Raubthiere zeichnet ihre entwickelte Scheitelgegend, die Affen ihr ausgedehnter Hinterhauptlappen aus. Dem gegenüber steht als anthropologisch allerdings die frontale Entwicklung, doch auch in hervorragendem Grade die Entwicklung des Schläfelappens.

Dieser tritt an Zweihufern noch gar nicht nach vorne, so dass seine obere Längswindung die untere ist, die zweite beim Menschen unter, beim Schafe über jener liegt. Die freien Enden dieser Windungen (am Menschen bilden sie die vordere Spitze des Lappens) liegen am hinteren Ende der longitudinal ausgestreckten Hemisphäre und sehen nach dem Kleinhirn, statt nach der Stirnseite. Die Gegend des Hinterhauptlappens liegt vor dem Schläfenende. Bei den Raubthieren hat der Schläfelappen eine schwache Beugung nach vorne, ist aber sehr kurz, vor ihm liegt der Haken und die Convexität des schwachen Stirnlappens ruht auf dem mächtigen Riechlappen. Noch bei den Affen liegt der Stirnlappen ganz vor dem Schläfelappen, erst beim Menschen verlängert sich der Schläfelappen so nach vorne, dass der Stirnlappen auf ihm ruht, dass am Schädelgrunde die Schläfegrube unter der Ala minor des Keilbeins um deren Länge unter der Pars orbitalis der Stirngrube sich ausdehnt. Die Stirnhöhe wird dadurch ein Product der Stirnlappenhöhe und der Höhe der Spitze des Schläfenlappens, so dass die

anthropologische frontale Schädelhöhe mit auf die Entwicklung des Schläfelappens zu setzen ist. Der Grund der Verlängerung des Schläfelappens beim Menschen liegt in einer frühesten Richtung für das Gehirnwachsthum, welche, wie der scharfsinnige Morphologe His dargethan, in der Stärke der Beugungen der Gehirnaxe, zunächst schon in der Brückenbeuge, sich ausspricht. Diese beim Affen und Menschen mächtige Beugung behebt die longitudinale Streckung der Hirnaxe, vermöge deren das Kleinhirn hinter der ausgestreckten Hemisphäre und die Oblongata hinter dem letzteren liegt, das Kleinhirn wird nach vorn gebeugt, drängt den Schläfelappen nach vorn und hebt die Hinterhauptgegend über sich nach oben, die zum hinteren Winkel des Hemisphärenbogens wird. Bei Thieren ist das Rückenmark die Verlängerung der Gehirnaxe, beim aufrechten Menschen bildet die Axe des Stammes vom Vierhügel an einen rechten Winkel mit der Längsaxe der Hemisphäre vom Stirn- bis zum Hinterhauptsende, während der Schläfelappen bis unter die Orbitalfläche nach vorn gebeugt ist. Auch die Entwicklung des Stirnlappens lässt sich mit der Beugung desselben um den vorderen aufsteigenden Ast der Sylvi'schen Spalte in Uebereinstimmung bringen, während die Atrophie des Riechlappens jenen überhaupt erst an die Basis gelangen lässt.

Der dritte Punkt der Täuschung der an veralteter Schulpsychologie haftenden Physiologen über die exceptionelle Stellung des Stirnlappens zur Intelligenz beruht auf dem Uebersehen der Thatsache, dass der Bau von Rinde und Mark in allen Lappen der Hemisphäre bezüglich des Zusammenwirkens von Rindenzelle, Projectionsfasern und Associationsfasern, welche den Schlussapparat darstellen, ganz übereinstimmend ist, und dass die corticale Sinneswahrnehmung im Hinterhauptlappen, im Schläfelappen, soweit räumliche und zeitliche Anordnung in Frage kommt, untrennbar von Schlussprocessen und Associationsvorgängen ist. Alle als Abstraction benannte Rindenleistung geht aber lediglich in den Sprachvorgängen auf, deren Rindengebiet der Stirnlappen nicht für sich und nicht in seiner ganzen Ausdehnung ist, sondern nur soweit, als er Antheil an der Wandung und nächsten Umgebung der Fossa Sylvii nimmt. Daher hat auch Munk mit Recht die Allörtlichkeit der Intelligenzleistungen in den Grosshirnhalbkugeln betont.

Im letzten Punkte, den Mangel an physiologischer Kenntniss der Rinde des Stirnlappens betreffend, liegt bei der vollkommen klaren Ausdehnung des Stirnlappens bis zur Centralspalte, wie ich voranstehend gezeigt, in ihr die ganze Summe der motorischen Centren eingeschlossen, welche Physiologen und Pathologen der vorderen Centralwindung, Hitzig und Munk beim Affen, Exner bei dem Menschen zuertheilen, während Fritsch und Hitzig vor der Präcentralspalte noch das Nackencentrum schon bei den Experimenten am Hundehirn entdeckten. Munk hat sich durch den herrschenden Mangel an anatomischem Verständniss daher in

seiner Auffassung des Stirnlappens als motorisches Rindencentrum unnützer Weise eingeschränkt. Doch erweiterte er die physiologische Kenntniss in dieser Richtung durch Experimente, nach welchen die Muskulatur des Rumpfes vorderhalb der Centralwindungen in die Rinde des Stirnlappens projicirt ist. Wenn nun gleich die gleichzeitige Projection der Extremitäten und der Kopfmuskulatur im Stirnlappen und im Scheitellappen, soweit das Gebiet der vorderen Centralwindung in Frage kommt, das anthropologische Vorwiegen des Stirnlappens über den Scheitellappen unverstanden lässt, so trägt die Projection der Rumpfmuskulatur, in specie für die Wirbelsäule jedenfalls zur Anbahnung dieses anthropologischen Verständnisses bei.

Wie schon Munk flüchtig berührt, kommt hier der aufrechte Gang des Affen und Menschen in Frage. Die Innervation der Stammmuskulatur bei dem aufrechten Gange ist aber eine anthropologische Fundamentalerscheinung. Die aufrechte Haltung ist nur vereinbar mit einer Entfernung des Riechorganes von den Quellen seiner Eindrücke im Erdboden, und erhebt den Gesichtssinn zur Macht, den Entgang an Geruchseindrücken für die Orientirung im Weltbilde mehr, als zu compensiren. Die aufrechte Haltung befreit die oberen Extremitäten vom Ganggeschäfte und macht sie für die Arbeit frei. Es gibt gar keine anthropologische Leistung, mit welcher die Innervation der aufrechten Haltung nicht associirt wäre, woher die Markmächtigkeit des menschlichen Stirnlappens für die ausgedehnteste Fülle von Associationen mit dessen Stammbewegungscentren zu begreifen ist. Der seiner Herrschaft enthobene Riechlappen macht dem Stirnlappen die Hirnbasis frei und die gleichzeitige Reduction des Hakens lässt das Stirnende und das Schläfenende des Hemisphärenbogens sich erreichen, welcher Bogen beim Menschen nach Huschke's Bemerkung durch das „Sichbedecken" dieser Enden zur Spirale wird.

Diese Richtung der Keimentwicklung zum anthropologischen Typus hin wurzelt aber, wie bemerkt, schon in sehr frühen Gestaltungen der Keimanlage, sie beginnt mindestens schon mit Beugungen der Gehirnaxe im hinteren Gehirnbläschen. Ein Säugethier, schlechtweg aufgerichtet, würde den Rüssel nach oben, die Augen nach hinten wenden. Die Beugung der Gehirnaxe, indem sie die Gehirnmassen nach vorne drängt, setzt die Stirn senkrecht über das Riechorgan und drängt es bei aufrechter Stellung in die Richtung nach dem Erdboden, aus dem die Düfte steigen und die Axe der Orbita sieht nach vorne, wo der Verkehr der oberen Extremitäten mit dem optischen Weltbilde zu regeln ist. Wir sind demnach nicht ohne anthropologisches Verständniss für die frontale Entwicklung des Gehirns, die sich schon in den frühesten Entwicklungsrichtungen des Keimes für unsere mechanische Naturerkenntniss anbahnt.

Wien, den 2. April 1886.

Der Vorsitzende: Prof. Bamberger.

Summarischer Bericht über die Sitzung vom 2. April 1886.

Vorsitzender: Herr Präsident Hofr. v. **Bamberger.**

Schriftführer: Herr Doc. Dr. **Bergmeister.**

Der Vorsitzende spricht der Gesellschaft seinen Dank für die Wahl zum Präsidenten aus, verliest einen Brief des Herrn Hofrath Billroth, in welchem derselbe erklärt, die auf ihn gefallene Wahl zum Vicepräsidenten wegen Geschäftsüberbürdung nicht annehmen zu können [1]) und spricht Namens der übrigen neugewählten Functionäre den Mitgliedern den Dank aus.

Der Präsident stellt im Namen des Verwaltungsrathes den Antrag, dass Herr Hofrath v. Arlt, der durch beinahe 6 Jahre als Präsident an der Spitze der Gesellschaft gestanden, zum Ehrenpräsidenten der Gesellschaft erwählt werde.

Der Antrag wird per acclamationem angenommen.

Der Schriftführer verliest einen von 29 Mitgliedern unterzeichneten Protest gegen die in der Vorversammlung vom 5. März d. J. gefassten Beschlüsse, betreffend die Erhöhung des Jahresbeitrages.

Der Vorsitzende theilt mit, dass der Verwaltungsrath in Würdigung dieses Protestes beschlossen, eine neuerliche Abstimmung über diesen Gegenstand auf die Tagesordnung der nächsten Präsidialsitzung (7. Mai d. J.) zu setzen.

Herr Dr. **Coën** demonstrirt 2 Fälle von Sprachanomalien.

Herr Prof. **Weinlechner** hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber Behandlung der Intussusception des Darmes.

An der Discussion hierüber betheiligen sich ausser dem Vortragenden die Herren: Dr. Teleky, Csokor, Eisenschitz, Rabel, Hofmokl und Reinitz.



Programm

für die am Freitag den 9. April 1886, Abends 7 Uhr, unter dem Vorsitze des Herrn Prof. **S. Exner** stattfindende Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Herr Prof. v. **Basch**: Ueber Venenpuls.

Vorträge haben angemeldet die Herren: Prof. Seegen, Dr. Fellner, Prof. Winternitz, Prof. Benedikt, Dr. Rabl.

Kundrat. Bergmeister.

[1]) Die Neuwahl des Vice-Präsidenten findet am 16. April statt.

Herausgeber: **Die k. k. Gesellschaft der Aerzte.** — Für d. Redaction verantwortl.: Prof. **E. Albert.**
Verlag von **Alfred Hölder**, k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.
Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

15. April 1886. Nr. 14.

Anzeiger

der

k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Protokoll der Sitzung vom 2. April 1886.

Vorsitzender: Herr Hofr. **Bamberger.**
Schriftführer: Herr Dr. **Bergmeister.**

Herr Dr. **Coën** stellt einen Fall von Näseln vor, welches durch eine seltene Anomalie in der Nasenhöhle bedingt wird.

Der Sprachfehler entsteht hier nämlich in Folge einer beträchtlichen Stenose der Nasengänge, welche durch Hypertrophie der Nasenmuscheln (besonders der rechten unteren) bedingt wird.

Die Störung hat sich zugleich mit der Sprachentwicklung und ohne vorhergegangene Krankheiten der Nase eingestellt und persistirt trotz vieler Heilversuche bis heute in ungeschwächter Weise.

Unter den vielen von C. beobachteten Fällen von Näseln konnte er nur in diesem einzigen eine derartige Anomalie als Grund der Sprachstörung constatiren.

Sodann demonstrirt C. einen Fall von Stottern, bei welchem die Reflexkrämpfe, besonders der Respirationsorgane, in eclatanter Weise auftreten.

Der Fall betrifft ein zehnjähriges, gut entwickeltes Mädchen und ist das Stottern mit Lispeln complicirt.

Herr Prof. **Weinlechner** hält seinen angekündigten Vortrag: „Ueber Behandlung der Intussusception des Darmes." Als Einleitung unterscheidet er nach Leichtenstern 4 Arten von Intussusception nach den einzelnen Darmpartien: Ileum-, Colon-, Ileocoecal- und Ileocoloninvaginationen, beschreibt weiterhin die Erscheinungen bei Kindern und Erwachsenen, sowie deren Verlauf, hebt die in prognostischer Beziehung wichtige Eintheilung Bryant's in die stricturirende (chronische) und incarcerirte (acute) Form hervor und schliesst mit der Besprechung der zahlreichen therapeutischen

Verfahren, die mit oder ohne Erfolg bei diesem Leiden in Anwendung gebracht wurden.

Als das wichtigste Verfahren erklärt er die Injectionen von Luft oder Wasser in den Darm. Von letzterem wurden bei Kindern 500 Gramm, bei Erwachsenen 3 Liter auf einmal injicirt. Er habe hierbei aber die Erfahrung gemacht, dass die Hegar'schen Infusionen keineswegs gefahrlos seien, indem bei 2 männlichen Individuen, die zwischen 50 und 60 Jahre alt waren und wovon der eine an Ileus durch einen stricturirenden Netzstrang, der andere an solchem durch Krebs bedingt litt (Fall von Prof. v. Dittel), je ein Einriss nach der erwähnten Manipulation zu Stande kam, das eine Mal im Coecum, das andere Mal im Colon ascendens. In beiden Fällen geschah der Einriss von der Serosa aus und es bestanden daneben stets auch unvollkommene Einrisse gleichfalls von der Serosa aus. Bei beiden fand Kundrat eine Atrophie der Darmwand, durch welche allein die Ruptur erklärt werden kann, bei der nur 3 Liter betragenden Infusion.

An Widerhofer's Klinik hat W. wiederholt momentan günstigen Erfolg von der Wasserinfusion gesehen, doch erfolgte gewöhnlich Recidive. In einem dieser Recidiven fand ich bei der Obduction in der Scheide des Intussusceptums eine Darmperforation und bei einer irreponiblen Colonintussusception, wo W. ein 32 Cm. langes Darmstück resecirt hatte, fand sich bei der Obduction unterhalb der Darmnaht ein Substanzverlust am Darme, jedoch von der Schleimhaut ausgehend. W. glaubt, dass in diesen beiden Fällen die Läsion ebenfalls durch die Wasserinjection hervorgerufen worden sei, umsomehr, als ihre Entstehung sonst unerklärlich geblieben wäre. Die Deutung ist in diesen letzteren Fällen erschwert gewesen, weil von der Infusion bis zum Tode mehrere Tage verstrichen waren. Wenn die Intussusception auf Wasserinjectionen und allfallsigen Drucke auf das Ende des Intussusceptums mittelst des Schlundstossers nicht zu lösen ist, dann ist möglichst bald (nach Widerhofer bei acuten Fällen nach 24 Stunden) die Laparotomie zu machen, um die Einschiebung durch Zug am eintretenden Rohre oder durch Streifen an der Scheide nach abwärts (Hutchinson) zu lösen, oder wenn dies misslingt, den Damm zu reseciren. Beginnt die Serosa des Darmes einzureissen, dann ist die Resection streng indicirt. W. war mit seinen Laparotomien bei Intussusception nicht glücklich; in einem Falle bei einem 6 Monate alten Mädchen (mit Dr. Herz im Jahre 1871) hat die Einschiebung fast 3 Tage, in einem zweiten Falle (mit Widerhofer) bei 40 Stunden, und in einem dritten Falle (mit Widerhofer) bei einem 5 Jahre alten Knaben 3 Tage gedauert. In den 2 ersten Fällen gelang die Reduction, im 3. Falle musste resecirt werden. Im 1. und 3. Falle war schon bei der Operation exquisite Peritonitis zugegen.

Speciell interessirte sich W. für die Invaginationen, die sich zum grössten Theile in der Flexura sigmoidea und im Rectum befinden und bei denen das Intussusceptum nackt zu Tage liegt. In diesen Fällen hat W. zu wiederholten Malen die Ligatur über einen eingeschobenen Kautschukcylinder mit günstigem Erfolge vorgenommen, und zwar erstens am 1. Juli 1867 bei einem 8 Monate alten Knaben bei einer Invaginatio recti, die Anfangs beweglich, die letzten sieben Wochen aber stets nach aussen gelegen war. Er ligirte den 12 Cm. langen Prolaps über eine Kautschukröhre; die Operation war hier dringend geboten, weil während des Repositionsversuches ein Längseinriss in den Darm erfolgt war. Das Kind ist nach der Operation genesen, starb aber 4 Wochen später an Darmcatarrh.

In einem 2. Falle operirte W. an einem 3jähr. Knaben Oct. 1885 in ähnlicher Weise, indem er in die Rectalöffnung des Prolapses ein hohles, zwirnspulenartiges durchbohrtes, 2 Cm. langes Hartkautschukstück einführte, mit Spagat, Seide und elastischen Röhrchen ligirte, das abgebundene Darmstück mit der Scheere abtrug und die Wunde mit dem Thermokauter verschorfte, der Rest wurde reponirt. Die Spule ging mit dem gangränescirten Darmstücke am 9. Tage ab. Wegen der eingetretenen Narbenstrictur kam die vollständige Heilung erst 4 Monate nach der Operation zu Stande.

Im März 1882 operirte der Redner eine 61jähr. Frau, bei der ein 12 Cm. langes Darmstück, dem an der Spitze eine exulcerirte Neubildung (Adenom nach Kundrat) aufsass, durch den Anus vorgefallen war. Das Scheidenrohr der Intussusception war in dem Falle 20 Cm. lang und der Prolaps hatte bereits 14 Tage bestanden. Die Ligatur geschah in der Höhe von 18 Cm. mit Seide und Kautschukröhrchen, wie oben. Die Kranke wurde am 8. Juni hier vorgestellt und ist bis jetzt vollständig gesund.

Der 4. Fall, den W. in ähnlicher Weise im September 1884 behandelte, betraf einen 43jähr. Mann. Der Prolaps war 17 Cm. lang und trug an der Spitze einen Epithelialkrebs (Kundrat); da nach der Operation noch ein 12—13 Cm. langes Stück des Intussusceptums zurückgeblieben war, wurde sie im November wiederholt und vollständige Heilung ohne nachträgliche Narbenstrictur in einem Monate erzielt. Patient blieb bis jetzt gesund.

Aehnlich wie W. im 1. Falle operirte 1 Jahr später Hofmokl; Auffret hat im Jahre 1882 einen Vorfall des Dickdarms resecirt. Patient ist gestorben. Mikulicz hat bei einer 52jähr. Frau mit Prolapsus recti im Jahre 1883 die Resection mit günstigem Erfolge ausgeführt. Endlich hat Nicoladoni einen Prolapsus recti bei einem 22jähr. Mädchen mit Erfolg 1885 resecirt und erwähnt eine glückliche Resection bei Prolapsus recti an einem 45jähr. Manne, die Billroth ebenfalls im Jahre 1885 vollzogen hat. Mikulicz und Nicoladoni sprechen sich im Ganzen gegen die

Ligatur aus, da es erstens nicht gleichgiltig sei, wenn bei dieser gangränöse Stoffe liegen bleiben, zweitens weil man den Prolaps nach der Ligatur nicht so reponiren könne, wie nach der Naht und drittens nach ersterer leicht eine Strictur zurückbleibe. W. vindicirt für seine Methode den Vortheil der Einfachheit, so dass sie von jedem praktischen Arzte vollzogen werden könne, der Darm werde nach der Ligatur sammt dem kurzen Cylinder reponirt, doch müsse W. zugeben, dass in seinem 2. Falle eine Stenosirung eingetreten sei, die längere Zeit behandelt werden musste. Bei den zwei Letztoperirten sei dies nicht der Fall gewesen. Die Infection der Wunde von den abgebundenen Partien aus käme erfahrungsgemäss nicht vor, indem die Unterbindung der Hämorrhoidalknoten glänzende Resultate aufweise.

Während nun die Möglichkeit einer Strictur, zumal beim Prolapsus recti, wo die Wandungen besonders dick entwickelt sind, als Schattenseite der Ligatur anerkannt werden müsse, könne anderseits die Ligatur an Darmpartien angelegt werden so hoch oben, wie es der Resection mit nachfolgender Naht vom After aus niemals möglich ist.

Discussion: Herr Dr. **Teleky** theilt einen durch Massenklystiere geheilten Fall von Intussusception des Colon descendens mit, welcher bei einer 26 Jahre alten Dame zur Beobachtung kam. Es wurden bei dem diagnostisch leicht festzustellen gewesenen Krankheitszustande 3stündlich 2—4 Liter Wasser auf Einmal eingegossen und allmälig kehrte der normale Zustand wieder, die Geschwulst war nach 10 Tagen vollständig geschwunden. Er halte dafür, dass ein normaler Darm sehr grosse Wassermassen aufnehme, ohne der Gefahr einer Berstung ausgesetzt zu sein; ehe die Grenze des Zulässigen erreicht werde, fliesse das Wasser per anum zurück. Werde der Kranke in die Knieellbogenlage gebracht, so sei es gleichgiltig, ob die Kanne mehr oder weniger hoch gehalten werde, denn nicht durch die Kraft des Wasserstrahles, sondern durch den Druck der Wassermasse erfolge die Reduction.

Herr Prof. Dr. **Csokor**: Die Intussusceptionen der Hausthiere verhalten sich in Bezug auf das Vorkommen, die Entstehung und auf den weiteren Verlauf etwas verschieden von jenen der Menschen. Ich erlaube mir deshalb einiges in vergleichend pathologisch-anatomischer Beziehung über die Darmeinschiebungen der Hausthiere mitzutheilen.

Intussusceptionen kommen nicht so selten bei Pferden, Hunden und Rindern vor, weniger häufig finden sich dieselben bei Schafen und Ziegen, mitunter bei Schweinen und selbst beim Geflügel sind solche beobachtet worden. Die Stellen der stattgefundenen Intussusceptionen befinden sich bei Hunden schon in dem vordersten Abschnitte des Verdauungsschlauches. Obwohl sehr selten, sind doch Einschiebungen des Oesophagus durch die Cardia in den Magen

wohl nur auf eine kurze Strecke gesehen und beschrieben worden. In diesen Fällen hat man es mit einer absteigenden Intussusception zu thun. Auch das Duodenum tritt auf eine beträchtliche Strecke durch den Pylorus in den Magen und bildet eine aufsteigende Intussusception. Im Dünndarm der Pflanzenfresser kommen mitunter Darmeinschiebungen von einigen Metern Länge vor; je länger die Intussusception, umso zahlreichere schneckenförmige Aufwindungen des Darmes treten um das eingeschobene Gekröse auf. Am Dünndarme kommen sowohl aufsteigende als auch absteigende Darmeinschiebungen vor. Speciell bei Pferden treten Intussusceptionen in der Weise auf, dass sich das Ileum in der Länge von einem Meter und darüber in das Coecum einschiebt; ferners schiebt sich das ganze Coecum in das Colon ein und bildet auf diese Weise eine unvollständige Intussusception, an welcher zwar eine Scheide und ein eintretendes Stück vorhanden ist, während das austretende Stück fehlt. Darmeinschiebungen am Colon des Pferdes können in Folge des anatomischen Baues, nämlich wegen des kurzen und straffen Zwischengekröses nicht stattfinden, dagegen aber treten auch am Mastdarme Intussusceptionen auf.

Spontane Heilungen der Intussusceptionen sind bei unseren Hausthieren beobachtet worden und ich selbst habe einige Fälle am Cadaver sichergestellt.

Bei kurzen Einschiebungen erfolgt gerne eine Lösung dieser abnormen Darmlage; gelegentlich der Section solcher Thiere findet man ein scharf begrenztes, ausgedehntes und mit den Merkmalen der mechanischen Hyperämie versehenes Darmstück mit seinem ebenso hyperämischen Gekröse vor. Weniger häufig findet ein spontanes Abstossen des ein- und austretenden Stückes in der Weise statt, dass an der Pforte der Einschiebung sämmtliche Darmlagen verwachsen und das ein- und austretende Stück an der Pforte selbst brandig abstirbt, dann mit dem Darminhalte abgeführt wird. Eine ringförmige Darmstrictur zeigt in späterer Zeit die Stelle an, wo die Intussusception einstens bestanden hat.

Als ätiologische Momente der Intussusception, wie sie beim Menschen nicht vorkommen, sind speciell bei Pferden zu erwähnen: Vor allem die typhösen Infiltrationen des Dünndarmes, eine mit Blutungen verbundene Transsudation, welche umschrieben in Form einer faustgrossen Geschwulst im submucösen Gewebe der Darmschleimhaut auftritt, Lähmungen des Darmes und schliesslich Intussusceptionen bedingt. Eine zweite Veranlassung der Darmeinschiebungen kommt durch einen thierischen Schmarotzer, durch das bewaffnete Hornmaul (Sclerostomum armatum) auch der Aneurysmenwurm genannt, zustande. Dieser Eingeweidewurm lebt in den Dickdarmarterien am Grunde der Gekröswurzel und erzeugt im Gefässe eine Endarteritis, in Folge welcher eine Aneurysmenbildung auftritt; die

Pfröpfe, welche sich innerhalb des Aneurysmas bilden, werden weggeschwemmt und gelangen zumeist in die Wand des Colons und des Coecums, mitunter aber auch in die Dünndarmarterien, verstopfen einzelne Aeste und erzeugen partielle Darmlähmungen, nachträglich entweder aufsteigende oder absteigende Intussusceptionen.

Nach Allem glaube ich, dass es wohl nicht gleichgiltig ist, welche Form der Intussusception in einem gegebenen Falle vorliegt, ob man es mit einer auf- oder absteigenden Darmeinschiebung zu thun hat. Dass beide Formen beim Menschen vorkommen können, hat Hofrath Prof. Nothnagel in der jüngsten Zeit an dieser Stelle neuerdings constatirt.

Herr Dr. Eisenschitz wendet gegen die Wasserinjection ein, dass es eine Medication sei, von der wir nicht wissen, wie sie wirke.

Die Frage nach der frühen oder späteren Operation stehe so, wie bei der Tracheotomie, in Bezug auf welche man sich auch für die frühzeitige Vornahme der Operation entschieden habe.

Herr Dr. Rabl erwähnt eines Falles, bei welchem ihm die Lösung einer eben entstandenen Intussusception auf mechanischem Wege in einfacher Weise gelang. Eine junge, magere, nervöse Frau, die zeitweise an Darmkrämpfen litt, spürte plötzlich in der rechten Bauchseite einen heftigen, sich rasch steigernden Schmerz und zugleich ein hochgradiges Unwohlsein, das sich zuletzt bis zum Erbrechen steigerte. Als Dr. Rabl 45 Minuten später kam, bot die Kranke schon das allgemeine Bild schwerer Incarceration. Der Bauch war nicht aufgetrieben, die Bauchdecken etwas gespannt, die Gegend des Colon ascend. sehr empfindlich. Bei oberflächlicher Untersuchung wird da ein angeblich früher nicht vorhandener ellipsoider Tumor von der Grösse eines Hühnereies gefunden, dessen Berührung so schmerzhaft war, dass die Kranke behufs der genaueren Untersuchung narcotisirt werden musste. Nun konnte die mageren Bauchdecken hindurch der etwas einwärts gekrümmte Tumor genau umgriffen, als Intussusception erkannt und in der Weise gelöst werden, dass die beiden Hände, die Bauchdecken gegeneinanderschiebend, den Darm an den Polen des Tumors umfassten und nun in einander entgegengesetzter Richtung zogen. Während dieser Manipulation — damals wusste man noch nichts von Massage — verschwand die Geschwulst, es trat Gurren ein und Alles war wieder normal. Rabl erwähnt, dass solche auf kleine Darmabschnitte beschränkte Krämpfe bei nervösen Frauen besonders vor der Menstruation nicht selten sind und dass er schon einige Male das Zustandekommen solcher scharf umgrenzter Tumoren, die das Bild von Volvulus boten, beobachtet habe, welche sich am Ende des Anfalles von selbst lösten. Leichte Massage des Bauches und eine

genügende Gabe von Bromnatrium am Beginne des seinem Verlaufe nach den Kranken bekannten Anfalles kürzt diesen ab.

Herr Prof. **Hofmokl** bemerkt, dass es beinahe unmöglich sei, durch den Versuch bei normalem Darmtractus einen Riss zu erzeugen. Was die Wirkungsweise der Irrigation anlangt, beweise das Experiment, dass die Irrigation ganz mechanisch wirke. Hofmokl ist ebenfalls für die frühzeitige Operation, jedoch darf dieselbe durchaus nicht prophylactisch gemacht werden, sondern nur, wenn die Indication streng gestellt ist.

Herr Dr. **Reinitz** theilt einen Fall von Intussusception mit, in welchem es nach Irrigation einer verhältnissmässig geringen Wassermenge zu raschem Collapsus und Exit. let. kam. Bei der Section fand sich eine Darmruptur.

Herr Dr. **Eisenschitz** constatirt, dass er nicht von prophylactischer Tracheotomie, sondern nur von Früh- und Spät-Operation gesprochen.

Wien, den 9. April 1886.

Der Vorsitzende: Sigm. Exner.

Summarischer Bericht über die Sitzung vom 9. April 1886.

Vorsitzender: Herr Prof. **S. Exner.**
Schriftführer: Herr Prof. **J. Csokor.**

Herr Prof. **Exner** spricht der Gesellschaft seinen Dank für die Wahl zum Vorsitzenden aus.

Herr Hofrath Prof. **Arlt** dankt für die Wahl zum Ehren-Präsidenten.

Herr Prof. **Kundrat** demonstrirt zwei pathologisch-anatomische Präparate, Verknöcherung des Labyrinthes und Teratombildung.

Herr Prof. **v. Basch** hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber Venenpuls.

An der Discussion betheiligt sich ausser dem Vortragenden Herr Hofrath Prof. Bamberger.

Angeschafft wurden folgende Werke:

Kerschbaumer, Dr. Friedrich, Die Blinden des Herzogthums Salzburg, nebst Bemerkungen über die Verbreitung und die Ursachen der Blindheit im Allgemeinen. 1 Band. 8°. Wiesbaden 1886.

Erlenmeyer, Dr. Albrecht, Die Principien der Epilepsie-Behandlung. 1 Band. 8⁰. Wiesbaden 1886.

Gerhardt, Prof. Dr. C. und Müller, Dr. F., Mittheilungen aus der medicinischen Klinik zu Würzburg. 1. Band. Wiesbaden 1885. 2. Band. Wiesbaden 1886. 8⁰.

Hirsch, Prof. Dr. August, Handbuch der historisch-geographischen Pathologie. II. Auflage. III. Abtheilung: Die Organkrankheiten. I. Band. 8⁰. Stuttgart 1886.



Programm

für die am Freitag den 16. April 1886, Abends 7 Uhr, unter dem Vorsitze des Herrn Prof. **L. Mauthner** stattfindende Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

1. Wahl des Vice-Präsidenten. [1])
2. Herr Prof. **Seegen**: Ueber das Vermögen der Leber, aus Fett Zucker zu bilden.
3. Herr Prof. v. **Frisch**: Ueber Pasteur's Präventiv-Impfungen bei Hundswuth.

Vorträge haben angemeldet die Herren: Dr. Fellner, Prof. Winternitz, Prof. Benedikt, Dr. Rabl, Prof. v. Dittel, Prof. A. Politzer, Prof. Weichselbaum.

Kundrat. Bergmeister.

[1]) Die Stimmzettel werden von 7 Uhr an im Lesezimmer abgegeben.

Herausgeber: **Die k. k. Gesellschaft der Aerzte.** — Für d. Redaction verantwortl.: Prof. **E. Albert.**
Verlag von **Alfred Hölder,** k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.
Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

22. April 1886. Nr. 15.

Anzeiger

der

k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Protokoll der Sitzung vom 9. April 1886.

Vorsitzender: Herr Prof. **S. Exner.**

Schriftführer: Herr Prof. **J. Csokor.**

Herr Prof. **Kundrat** demonstrirt das rechte Felsenbein eines 30jährigen Mannes mit totaler knöcherner Obliteration des Labyrinths in Folge eines chronischen Entzündungsprocesses, der angeblich nach einer Schädelverletzung entstanden. Ferner ein von Ober-Stabsarzt v. Neudörfer in Josefstadt operirtes Teratoma sacrale mit gelenkig verbundenen Knochen und Cysten, von welchen eine mit Dickdarmschleimhaut ausgekleidet ist, eine zweite hühnereigrosse von phalangeartigen Knochen wie von zwei Fingern umfasst, entsprechend deren Enden an wallartigen Protuberanzen ihrer aus Cutis bestehenden Auskleidung zwei Klauen trägt.

Prof. **v. Basch** spricht über den Venenpuls. Als Venenpuls bezeichnet man die mit den einzelnen Phasen der Herzrevolution synchronischen pulsatorischen Erhebungen der Venen. Ein Synchronismus zwischen Venen und Arterienpuls besteht nur bei dem durch Tricuspidalinsufficienz veranlassten. Ob es sich bei diesem Pulse um ein Rückströmen des Blutes oder um eine rhythmische Rückstauung handelt, sei durch Experimente nicht erwiesen. Für das Rückströmen sprechen die Härte des Venenpulses und der Bamberger'sche Jugularklappenton.

Der unter normalen Verhältnissen sichtbare Venenpuls ist eine physiologische Erscheinung, die an Hunden und Kaninchen ausnahmslos zur Beobachtung kommt. Auch am Menschen ist der normale Venenpuls eine physiologische Erscheinung.

Die Erhebungen und Senkungen verdanken ihren Ursprung einer Reihe von aspiratorischen und exspiratorischen, d. i. den Venenstrom beschleunigenden oder verzögernden Kräften, die während

der Herzrevolution sich entwickeln. Die aspiratorischen Kräfte entwickeln sich während der Vorhofsdiastole und Ventrikelsystole, die exspiratorischen während der Vorhofssystole und Ventrikeldiastole. Je nach dem Uebergewicht der einen oder andern dieser Kraft und je nach Gleichheit oder Ungleichheit derselben erscheine die Undulation oder die stärkere pulsatorische Erhebung und Senkung. Die Undulation tritt an schwach gefüllten Venen also unter niedrigem Venendrucke auf, die pulsatorische Erhebung und Senkung bei stärker gefüllten Venen, d. i. bei höherem Venendrucke.

Den Venenklappen fällt keine wesentliche Rolle bei dieser Erscheinung zu. Die Insufficienz der Venenklappen ist wahrscheinlich ein Folgezustand, der sich durch fortgesetzte Venenstauung und unter stärkerer Belastung der Klappen bei gleichzeitiger Ausdehnung der Venenwand entwickelt.

Der Ausdruck Venenpuls sei zu verwerfen, weil er den diesbezüglichen Vorgängen nicht entspricht. Es empfehle sich die Bezeichnung pulsatorische Venen-Erhebung und -Senkung.

Discussion. Herr Hofrath Prof. v. **Bamberger**: Dass der Venenpuls nicht immer durch Regurgitation entstehe, beweisen manche Fälle von Tricuspidal-Insufficienzen. In concreten Fällen von Insufficienz der Tricuspidalis findet keine Regurgitation statt. Nur in jenen Fällen, wo die Jugularvenenklappen nicht schliessen, bleibt der Weg in die Venen offen und nun tritt sicherlich Regurgitation ein.

Prof. v. **Basch** betont, dass die Insufficienz der Jugularvenenklappen erst durch die Stauung zu Stande kommt und erst dann das von Herrn Hofrath Prof. v. Bamberger constatirte, regurgitirende Geräusch entsteht.

Hofrath Prof. v. **Bamberger** glaubt, dass der Vortragende die Verdienste Riegl's zu wenig hervorgehoben hat. Dieser Autor war der Erste, welcher auf den Unterschied zwischen positivem und negativem Venenpuls aufmerksam machte. Ueberhaupt ist seit jener Publication über den Venenpuls nicht viel Neues gebracht worden.

Wien, den 16. April 1886.

Der Vorsitzende: L. Mauthner.



Summarischer Bericht über die Sitzung vom 16. April 1886.

Vorsitzender: Herr Prof. **L. Mauthner.**

Schriftführer: Herr Dr. **Rich. Paltauf.**

Herr Prof. **L. Mauthner** spricht der Gesellschaft seinen Dank für die Wahl zum Vorsitzenden aus.



Herr Dr. **Königstein** theilt seine Versuche über die Greffe oculaire mit.

Der Vorsitzende eröffnet in Ansehung der interessanten Tagesordnung keine Discussion hierüber.

Herr Prof. **Seegen** hält seinen angekündigten Vortrag über das Vermögen der Leber, aus Fett Zucker zu bilden.

Herr Prof. **v. Frisch** hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber Pasteur's Präventiv-Impfungen bei Hundswuth.

Der Vorsitzende theilt das Resultat der während der Sitzung stattgefundenen Wahl des Vicepräsidenten mit, nach welchem Herr Hofrath Prof. Meynert zum Vicepräsidenten gewählt ist.

Programm

für die am Freitag den 30. April 1886, Abends 7 Uhr, unter dem Vorsitze des Herrn Hofr. **Widerhofer** stattfindende Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Herr Dr. L. **Fellner**: Praktische Erfahrungen über die Hydrastis canadensis (Golden Seal).

Vorträge haben angemeldet die Herren: Prof. Winternitz, Prof. Benedikt, Dr. Rabl, Prof. v. Dittel, Prof. A. Politzer, Prof. Weichselbaum.

Kundrat. Bergmeister.

Herausgeber: **Die k. k. Gesellschaft der Aerzte.** — Für d. Redaction verantwortl.: Prof. **E. Albert.**
Verlag von **Alfred Hölder**, k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.
Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

6. Mai 1886. Nr. 16.

Anzeiger

der

k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Inhalt: Protokoll der Sitzung vom 16. April 1886. — Summarischer Bericht der Sitzung vom 30. April 1886. — Programm der Sitzung am 7. Mai 1886.

Protokoll der Sitzung vom 16. April 1886.

Vorsitzender: Herr Prof. **L. Mauthner.**

Schriftführer: Herr Dr. **Rich. Paltauf.**

Docent Dr. **Königstein** hat, durch die Publicationen von Chibret und Bradford veranlasst, eine grosse Reihe von Versuchen über Implantatio oculi (Greffe oculaire) an Kaninchen angestellt. Bei den ersten Versuchen wurde folgender Vorgang gewählt. Das einem Kaninchen enucleirte Auge wurde einem zweiten Kaninchen, dem ebenfalls ein Bulbus ausgeschält worden war, eingenäht und zwar in der Weise, dass die zurückgelassene Conjunctiva und die Musculi recti an einen 3—4 Mm. breiten Saum der Conjunctiva, die an den zu implantirenden Bulbus stehengelassen wurde, mit mehreren Nähten fixirt wurde. Die Lider wurden ebenfalls mit Nähten geschlossen. Nach kürzerer oder längerer Zeit trat Nekrose der Cornea und sofort auch Abstossung des ganzen Bulbus ein. In einer zweiten Reihe wurde der vorsichtig und sorgfältig enucleirte Bulbus sogleich wieder zurückgeschoben und angenäht. Auch hier nur negative Erfolge. Schliesslich modificirte Königstein seine Versuche derart, dass er den Bulbus nicht vollständig enucleirte, sondern ihn noch mit dem Musculus rectus externus und einem Theile der Conjunctiva in Verbindung liess. Auch in diesen Fällen stiess sich die Cornea nekrotisch ab und wurde der sonst anscheinend angeheilte Bulbus nach längerer Zeit ausgestossen. Königstein meint daher, dass, da auch alle anderen Operateure mit Ausnahme von Bradford negative Erfolge gehabt, man mit weiteren Versuchen wohl so lange warten könne, bis wir auch in Europa Gelegenheit gehabt haben werden, den Bradford'schen Patienten zu sehen. Bei dieser Gelegenheit

demonstrirt Königstein mehrere Kaninchen aus diesen drei Versuchsreihen.

Prof. **Seegen** hält seinen angekündigten Vortrag: „Ueber das Vermögen der Leber, aus Fett Zucker zu bilden".
Der Vortragende resumirt in Kürze seine früher mitgetheilten Fütterungsversuche. Nachdem Seegen durch 13 Versuche an Hunden, bei welchen das Portablut und das Lebervenenblut getrennt gesammelt und untersucht wurde, festgestellt hatte, dass das aus der Leber strömende Blut nahezu doppelt so viel Zucker führt als das in die Leber einströmende Blut, war damit über jeden Zweifel entschieden, dass es zu den normalen Functionen der Leber gehöre, Zucker zu bilden, und dass, wenn die grosse Menge des ausgeführten Zuckers berücksichtigt wird, diese Function wahrscheinlich die Hauptaufgabe der Leber bilde.

Es handelte sich zunächst darum, zu erfahren, aus welchem Materiale die Leber den Zucker bilde. Der Vortragende hatte früher an einer grossen Reihe von Thieren Fütterungsversuche mit Stärkemehl, mit Zucker und Dextrin gemacht und an diese schlossen sich eine Reihe von Hungerversuchen. Es stellte sich heraus, dass die Zuckerbildung der Leber selbst bis nahezu zum Inanitionstode nicht nur fortdauert, sondern dass sie sich nahezu auf derselben Höhe erhält, wie bei reichlichster Zufuhr von Stärkemehlnahrung. In dem einen wie in dem anderen Falle enthält das ausströmende Blut nahezu doppelt so viel Zucker als das eingeführte. Es folgte daraus, das der Leberzucker durchaus nicht mit dem Nahrungszucker, also auch nicht mit dem aus dem eingeführten Zucker oder Stärkemehl stammenden Glycogen in irgend einer Beziehung stehe, sondern dass er aus anderem Körpermateriale gebildet sei. Die nächsten Versuchsreihen wurden mit Fleisch- und Fettfütterung gemacht.

Bei 8 Thieren, die ausschliesslich durch 7—10 Tage mit Fleisch gefüttert wurden, enthielt das Pfortaderblut 0·141, das Lebervenenblut 0·280 Percent Zucker. Hier hat sich der Zucker offenbar auf Kosten der Albuminate gebildet und der Vortragende hat schon früher in mehrfachen, nach verschiedenen Richtungen angestellten Versuchsreihen nachgewiesen, dass die Leber aus Pepton, also aus Albuminaten Zucker zu bilden im Stande ist. Die Fettfütterung wurde an 8 Thieren ausgeführt, die Fütterungsdauer war 8 bis 12 Tage. Die Thiere erhielten 200—250 Gm. Schweinefett und abnehmend kleine Fleischportionen von 50—20 Gm. In den letzten 2—3 Tagen gar kein Fleisch. Ausnahmslos bei allen am Schlusse der Fütterungsperiode angestellten Untersuchungen zeigte es sich, dass das Lebervenenblut bedeutend zuckerreicher war als das Pfortaderblut. Im Mittel war das Verhältniss 0·217 : 0·114. Der Vortragende erörtert nun die Frage, aus welcher Quelle der Zucker

bei diesen Fettthieren stammen könne. Das Glycogen kann nicht das Material bilden. Denn selbst wenn die Thiere aus einer Zuckerfütterung in die Fettfütterung gekommen wären und die Lebern das Maximum an Glycogen 10—16 Percent gehabt hätten, würde dieses nicht für die Zuckerbildung eines Tages ausgereicht haben. Der Zucker kann auch nur zum geringsten Theile aus der Umsetzung des verfütterten Fleisches entstanden sein. Denn die in einzelnen Versuchsreihen bestimmte Stickstoffmenge des Gesammtharns weist einen Fleischumsatz nach, dessen Kohlenstoff auch nur zur Bildung eines kleinen Bruchtheils des innerhalb der Fütterungsperiode ausgeführten Leberzuckers genügt hätte. Es kann also kein Zweifel darüber bestehen, dass das Fett zum grossen Theile das Material für die Zuckerbildung geboten hat.

Der Vortragende hat auch den directen experimentellen Nachweis dafür erbracht, dass die Leber aus Fett Zucker bilden kann. Er brachte eine Fettemulsion mit feingehackten frischen Leberstücken und mittelst Aspiration von Luft arteriell erhaltenem Blute in Verbindung und fand ausnahmslos in 10 Versuchen, dass der Zuckergehalt beträchtlich höher war als in den in gleicher Weise behandelten Controlstücken ohne Fett und zwar zeigten die ersten im Durchschnitte ein Zuckerplus von 52 Percent.

Herr Prof. v. **Frisch** hält seinen angekündigten Vortrag: „Ueber Pasteur's Präventivimpfungen bei Hundswuth.“ Er berichtet über seine bei Pasteur gemachten Studien und spricht dem um die Wissenschaft so hoch verdienten französischen Gelehrten, der ihm alle Details seiner Methode mitgetheilt hatte, seinen verbindlichsten Dank aus.

Pasteur beschäftigt sich seit über 5 Jahren mit dem Studium der Hundswuth; es war entschieden ein glücklicher Griff von ihm, die Uebertragungsversuche mit Theilen des Centralnervensystems auszuführen und die unverlässlichen Impfungen mit Speichel aufzugeben. Thiere, denen Hirn- oder Rückenmarksmasse eines an Lyssa verendeten Hundes mittelst Trepanation direct unter die harte Hirnhaut eingebracht werden, gehen ausnahmslos an Wuth zu Grunde; auch die subcutane oder intravenöse Einverleibung haben denselben, wenn auch etwas unsicheren Erfolg. Sowohl die Uebertragungen als die Präventivimpfungen werden auch jetzt mit Rückenmarkstheilchen ausgeführt, da man einen Mikro-Organismus der Hundswuth nicht kennt. Die ersten Mittheilungen über die Möglichkeit einer Abschwächung des Wuthgiftes machte Pasteur im Mai 1884; die Methode war ähnlich der beim rouget des pores angewendeten; Pasteur hatte nämlich die Beobachtung gemacht, dass das Gift durch Fortzüchtigung in Affen an Virulenz verliere, hingegen durch fortlaufende Uebertragung auf Kaninchen eine

Steigerung der Wirkung erfahre. Mit solchem abgeschwächten Virus mehrmals geimpfte Thiere ertrugen die Infection mit dem verstärkten Virus schadlos. Eine vom Unterrichtsminister Faillières auf den Wunsch Pasteur's eingesetzte Commission bestätigte diese Resultate und constatirte, dass 25 von Pasteur präventiv geimpfte Hunde weder durch Einimpfung, noch durch Biss inficirbar waren, während die Controlhunde zumeist erlagen.

Am 26. October 1885 berichtete Pasteur in der Akademie der Wissenschaften über eine neue Methode der Abschwächung; dieselbe beruht auf folgender Grundlage: Durch fortgesetzte Ueberimpfung des Wuthgiftes von Kaninchen auf Kaninchen verkürzt sich die ursprüngliche Incubationszeit von 15 auf 7 Tage; während die Incubation für Hunde 15—16 Tage beträgt, erkranken sie mit diesem Virus geimpft in 8—10 Tagen; von solchen Thieren stammendes Material ist Pasteur's Virus fixe. Wird das Rückenmark solcher Thiere getrocknet, so verliert es an Virulenz, nach 14 Tagen ist dieselbe ganz verloren; nach 6tägiger Trocknung tödtet es Kaninchen noch in 15 Tagen, nach 5—3tägiger in acht Tagen, nach 48—24 Stunden hat es noch die volle Virulenz. Zugleich berichtete Pasteur über die erste beim Menschen vorgenommene Präventivimpfung, zu der er in Ansehung der langen Incubationsdauer der Lyssa beim Menschen und durch gelungene Thierexperimente ermuthigt worden war.

Nach einer genauen Beschreibung der Thierexperimente und der Präparation des Impfstoffes bespricht der Vortragende die bisher an Menschen ausgeführten Präventivimpfungen nach erfolgtem Bisse. Dieselben bestehen in subcutanen Injectionen einer Emulsion fein zerriebener, verschieden lang getrockneter Rückenmarksstückchen mit der 4—6fachen Menge steriler Hühnerbouillon. Dieselben beginnen mit dem schwächsten und endigen mit dem stärksten Virus, je nach dem Alter der Patienten in der Menge einer halben oder ganzen Pravaz'schen Spritze und werden in der Bauchgegend applicirt.

Zur Zeit der Anwesenheit des Vortragenden in Paris hatte Pasteur schon an mehr als 600 Menschen sein Impfverfahren ausgeübt. Von diesen waren (bis Ende März) nur zwei (ein Mädchen, welches erst 37 Tage nach erfolgtem Biss in Behandlung kam, und ein von einem wüthenden Wolf gebissener Russe) an Wuth gestorben. Alle Uebrigen hatten die Impfungen ohne den geringsten Schaden ertragen.

Seit Vollendung der Präventivimpfungen sind in 250 Fällen weniger als vier Wochen verstrichen, in 350 Fällen vier Wochen bis drei Monate und in je einem Falle fünf und acht Monate.

Mit Rücksicht auf die lange Incubationszeit der menschlichen Lyssa sind weitere Berichte über das Verhalten der von Pasteur

präventiv geimpften Personen abzuwarten, ehe sich ein endgiltiges Urtheil über die praktische Verwerthbarkeit des Verfahrens für den Menschen gewinnen lässt. Auf jeden Fall ist es unerlässlich, eine Wiederholung der durch die Sicherheit der Resultate blendenden Thierexperimente sofort in Angriff zu nehmen.

Zum Schlusse bespricht der Vortragende an der Hand statistischer Daten die Häufigkeit des Vorkommens der Hundswuth in Oesterreich und erwähnt dabei der glänzenden Resultate, welche Preussen und Bayern durch eine mit Consequenz und Energie durchgeführte Hundswuthprophylaxe (Maulkorbzwang) in Bezug auf die Abnahme dieser Krankheit beim Menschen erreicht haben.

Wien, am 16. April 1886. Dr. Widerhofer.

Summarischer Bericht über die Sitzung vom 30. April 1886.

Vorsitzender: Herr Hofrath **Widerhofer.**

Schriftführer: Herr Dr. **G. Riehl.**

Herr Hofrath **Widerhofer** spricht der Versammlung seinen Dank für die Wahl zum Vorsitzenden aus.

Herr Dr. L. **Fellner** hält seinen angekündigten Vortrag: „Praktische Erfahrungen über die Hydrastis canadensis.“

Herr Prof. Dr. **H. Kundrat** bespricht einen demnächst zur Demonstration gelangenden Fall von Nabelhernie, deren Inhalt nebst Därmen und Netz eine Ovarialcyste bildete.



Programm

für die am Freitag den 7. Mai 1886, Abends 7 Uhr, unter dem Vorsitze des Herrn Präsidenten **v. Bamberger** stattfindende Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

---

1. Beschlussfassung über die Erhöhung des Jahresbeitrages.[1])
2. Prof. **Winternitz**: Ueber Antipyrese und Antipyretica.
3. Dr. **Rabl**: Ueber hereditäre Syphilis.

Vorträge haben angemeldet die Herren: Prof. Benedikt, Prof. v. Dittel, Prof. A. Politzer, Prof. Weichselbaum.

Kundrat. Bergmeister.

---

[1]) Während dieses Theiles der Sitzung haben nur Mitglieder Zutritt.

Herausgeber: **Die k. k. Gesellschaft der Aerzte.** — Für d. Redaction verantwortl.: Prof. **E. Albert.**
Verlag von **Alfred Hölder**, k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.
Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

13. Mai 1886. Nr. 17.

Anzeiger

der

k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Protokoll der Sitzung vom 30. April 1886.

Vorsitzender: Herr Hofrath Prof. Dr. **Widerhofer.**

Schriftführer: Herr Dr. **Gustav Riehl.**

Herr Dr. L. **Fellner** theilt das Ergebniss einer chemischen Analyse der Franzensbader Neuquelle mit, welche er im Laboratorium des Herrn Prof. Dr. E. Ludwig unter dessen freundlicher Leitung ausgeführt. Nach dieser Untersuchung nähert sich diese Quelle bezüglich des Gehaltes an schwefelsaurem Natron, kohlensaurem Natron und Chlornatrium der Franzensquelle, übertrifft sie aber an freier Kohlensäure und zeichnet sich besonders durch den grossen Gehalt an doppelkohlensaurem Eisenoxydul (1·5382 Gramm in 10.000 Gramm Wasser) aus, worin sie alle bisher bekannten Stahlquellen übertrifft.

Der Vortragende glaubt, dass die Quelle nunmehr auch zur Trinkcur mehr berücksichtigt werden solle.

Dr. F. hält hierauf seinen angemeldeten Vortrag: Praktische Erfahrungen über die Hydrastis canadensis (Golden Seal). Er berührt zuerst die Angaben von Schatz, Heitzmann, Leon de Mendes, Schivopiszew und Torggler und erinnert an die eigenen Mittheilungen über die physiologische Wirkung der Hydrastis, in welchen er nachgewiesen, dass dieselbe auf die Gefässnervencentren, die centralen Herzganglien und im Gegensatze zur Anschauung von Schatz nicht nur auf die Gefässe des Uterus, sondern auch auf die Muskulatur desselben einwirke.

Der Vortragende hat die Hydrastis in der Praxis vielfach angewandt und einen sehr guten Erfolg von derselben gesehen bei Metrorrhagien, Menorrhagien und Dysmenorrhoen, sowohl im Gefolge von entzündlichen Zuständen des Uterus und seiner Umgebung, von Lageveränderungen und Subinvolution des Fruchtträgers, als

auch bei virginalen Menorrhagien und Dysmenorrhoen. Der Vortragende glaubt aber auf die Erfolge in diesen Fällen keinen besonderen Werth legen zu dürfen, da gleichzeitig auch die Trink- und Badecur in Franzensbad zur Anwendung kam, durch welche allein schon in ähnlichen Fällen Besserung oder Heilung erzielt werden kann.

Von grösserer Bedeutung wäre die günstige Wirkung, welche er von der Hydrastis in zwei Fällen von Puerperalblutungen, in fünf Fällen von Fibromyomen, in welchen auch eine Abnahme des Uterusumfanges constatirt wurde, und in einem Falle von Hämoptoë in Verbindung mit gastrischen Erscheinungen und Arhythmie des Herzens, welche Erscheinungen aber auf Hydrastis hin schwanden, gesehen. Auch bei Nasenbluten und Hämorrhoidalblutungen wurde das Mittel mit gutem Erfolge angewandt. Dagegen trat kein Erfolg ein bei Blutungen in Folge von Endometritis villosa, von Schleimpolypen und fibrösen Polypen.

Der Vortragende glaubt jedoch, dass bei Blutungen, welche durch Endometritis villosa verursacht werden, durch einen länger fortgesetzten Gebrauch des Mittels, als ihn die Cur gestattet, wohl Erfolge erzielt werden könnten.

Bezüglich der Grösse der Dose und der Methode der Anwendung weicht Dr. F. von den Schatz'schen Angaben ab, da er oft mit der nach Schatz üblichen Anwendungsweise keinen Erfolg erzielte, und bei seinen Thierversuchen gesehen, dass die Wirkung der Hydrastis schon nach einer Stunde verschwunden und dass nicht jeder Uterus auf die gleiche Dose reagire.

Der Vortragende gibt das Mittel in der ganzen Zwischenzeit zweier Katamenien 2—3stündl., Anfangs zu 20 und allmälig steigend bis zu 40 Tropfen.

Ob grössere Dosen nicht auch nachtheilige Folgen hätten, beantwortet F. dahin, dass Schatz in einem Falle stärkere Aufregung, in einem anderen eine gewisse geistige Trägheit bei dem Gebrauche von Hydrastis wahrgenommen, und dass Mendes de Leon in zwei Fällen nervöse Erscheinungen, sehr schwachen und frequenten Puls gesehen, die Kranken sich deprimirt fühlten und Hallucinationen hatten, in einem Falle sogar Delirien und Bewusstlosigkeit auf kurze Zeit eintraten.

Der Vortragende habe zwar keine üblen Folgen von der Hydrastis gesehen und auch bei seinen Thierexperimenten im Laboratorium des Herrn Prof. Dr. v. Basch, wenn das Mittel per os oder per rectum zugeführt wurde, selbst nach Dosen von 6 bis 12 Gramm nur geringe Blutdruckschwankungen und im Allgemeinen Steigen des Blutdruckes beobachtet.

Wenn das Mittel aber intravenös zur Anwendung kam, führte es zu tiefer Blutdrucksenkung, grosser Pulsverlangsamung, Arhythmie



und Herzstillständen. Auch subcutan angewandt hat es ähnliche Erscheinungen, jedoch geringeren Grades und nur nach grösseren Dosen zur Folge gehabt. Er glaubt demnach, dass man bei Menschen innerlich bis zu 3—6 Gramm verabreichen könne, ohne nachtheilige Folgen befürchten zu müssen, räth aber dennoch zu grosser Vorsicht und zu allmäliger Steigerung der Dosen.

Als Corrigens bei dem Mittel wegen des schlechten Geschmackes empfiehlt F. Vinum Malaccense, Aqua Cinamomi oder Syrupus Rubi Idaei.

Ferner empfiehlt er statt der Hydrastis die Alkaloide derselben oder noch besser ihre leicht löslichen Salze, welche nach den Ergebnissen der Thierversuche sich schon deshalb besser eignen würden, weil sie keine solche Alteration der Herzrhythmik und der Pulsfrequenz hervorrufen, wie die Hydrastis.

Der Vortragende verschreibt:

Rp. Berberini phosphorici 1,0
Solve in aquae fervidae 20,0
Adde Vini Malaccensis, Syrupi
Cinnamomi āā 5,0
DS. 2—4 stündl. 20—30 Tropfen

und

Rp. Hydrastini muriatici 1,0
Solve in aquae destill. ferv. 10,0
Adde aquae Naphae, Syrup. de Tolu oder Syrup. Menth. āā 5,0
DS. 2—4 stündl. 15—25 Tropfen.

Der Vortragende bespricht hierauf die schädlichen Nebenwirkungen des Secale cornutum gegenüber der Hydrastis und gelangt zu folgenden Schlussfolgerungen:

1. Das Secale cornutum dürfte vielleicht bei bereits eingetretenen Blutungen rascher wirken, bei bevorstehenden Metrorrhagien und Menorrhagien erweise sich die Hydrastis zuverlässiger und wäre dieselbe auch mit Rücksicht auf die nothwendig lange Dauer der Anwendung des Medicamentes und seine günstige Wirkung auf die Verdauungsorgane vorzuziehen.

2. Bei Fibromyomen des Uterus erweist sich die Hydrastis unstreitig wirksamer, als Secale cornutum.

3. Auch in geburtshilflichen Fällen, u. zw. bei Blutungen nach rechtzeitigen Geburten, Fehlgeburten und Abortus wäre die Hydrastis sehr wirksam. Ferner eigne sich dieselbe zur Einleitung des Abortus oder von Frühgeburten in vortrefflicher Weise, weil sie Contractionen und Erschlaffungen des Uterus in analoger Weise hervorrufe, wie normale Wehen verlaufen, während Secale cornutum schmerzhafte und tetanische Contractionen des Uterus erzeuge und das Absterben der Frucht bedinge.

*

Doch müsse Hydrastis auch zu geburtshilflichen Zwecken in kleinen Intervallen, 2stündlich und selbst stündlich verabfolgt werden.

In forensischer Beziehung dürfte es sich empfehlen, die Dispensation der Hydrastis ebenso von der jedesmaligen erneuten ärztlichen Unterschrift abhängig zu machen, wie dies bei Secale der Fall ist, sonst könnten leicht Missbräuche eintreten.

Herr Prof. Dr. **H. Kundrat** bespricht einen Fall von Nabelhernie.

Eine alte Frau, welche an Carcinoma mammae mit Metastasen in den Lungen etc. zu Grunde gegangen war, zeigte eine kopfgrosse Nabelhernie. Die grössere obere Hälfte des Bruchsackes war von Därmen und Netz erfüllt, während die untere Partie durch einen harten Tumor eingenommen wurde.

Das Coecum mit seinem ziemlich langen Mesenterium lag an normaler Stelle; das Colon ascendens verlief schief gegen den Bruchsack, die rechtsseitige Flexur des Dickdarmes selbst war im Bruchsack gelegen. Unter diesem Darmstück zog das Ileum in die Hernie und erfüllte deren obere Hälfte mit seinen Schlingen.

Der Tumor in der unteren Bruchsackhälfte erwies sich als ein cystisches Gebilde, das mit dem Netz innig verwachsen und von diesem her mit Gefässen versorgt wurde. Von diesem Tumor zogen Stränge nach allen Richtungen — ein dickerer leicht spiralig gewundener Strang verlief gegen die Coecumgegend.

Die Cystenwand — eine ziemlich dicke Membran — umschloss dicken braunen Brei, mit Cholesterinkrystallen und necrotischen Massen morschen, blutig imbibirten Gewebes.

Die Geschwulst erwies sich somit als Ovarialcyste. Am Uterus fehlten die rechtsseitigen Adnexe bis auf kurze Stümpfe.

Das rechte Ovarium war offenbar in früherer Zeit mit dem Peritoneum verwachsen und abgeschnürt worden und ist in diesem Zustande in den Bruchsack gelangt, woselbst es degenerirte.

Prof. **Kundrat** erinnert an zwei ähnliche Fälle — von Prof. Salzer und Dr. Salzer jun. operirt — bei welchen sich Ovarialcysten vom Uterus vollkommen isolirt vorfanden.

Wien, 30. April 1886. Meynert.

Der Bibliothek der k. k. Gesellschaft der Aerzte wurden folgende Werke einverleibt:

Breisky, Prof. Dr. A. Die Krankheiten der Vagina. Lfrg. 60 der Deutschen Chirurgie (Billroth-Lücke) 1 Bd. Stuttgart 1886.

Bergmeister, Doc. Dr. Otto. Die Intoxications-Amblyopien. 1 Heft. (Wiener Klinik.) Wien 1886.

Coën, Dr. Rafael. Pathologie und Therapie der Sprachanomalien. 1 Bd. Wien u. Leipzig 1886.



Eder, Dr. Albin. Aerztl. Bericht der Privatheilanstalt v. J. 1885. 1 Bd. Wien 1886.

Hock, Doc. Dr. J. H. Bericht d. Privat-Augenheilanstalt v. 1. März 1883 bis Dec. 1884. Sep.-Abdr.

Jahresbericht über die Verwaltung des Medicinalwesens der Stadt Frankfurt a/M. XXVIII. Jahrg. 1884. Frankfurt a/M. 1885.

XIV. Schlesischer Bädertag. 1 Heft. Reinerz 1886.

Helmholtz H. von. Handbuch der physiologischen Optik. 2. Lfrg. Hamburg u. Leipzig 1886.

Gruenhagen, Dr. A. Lehrbuch d. Physiologie. 9. Lfrg. Hamburg u. Leipzig 1886.

Hommel, Dr. Adolf. Die Traguspresse, ein neues einfaches Ohrenheilverfahren. Zürich 1886.

Kugy, P. Die Uebelstände des Apothekerwesens in Oesterreich etc. 1. Heft. Wien 1886.

Leiter, Josef. Neu construirte Wärmeregulatoren aus Metall (in triplo). Wien 1886.

Bericht über die XIX. ordentl. General-Versammlung d. Vereines d. Aerzte in der Bukowina pro 1885. Czernowitz 1886.

XIII. Jahresbericht des Leopoldstädter Kinderspitales pro 1885. Wien 1886. Von Dr. Unterholzner.

Statistische Mittheilungen über den Civilstand der Stadt Frankfurt a/M. im Jahre 1885. 1. Heft. Frankfurt a/M. 1886.

Harvey, Alex. Dr. On the foetus in utero etc. London 1886.

Forhandlinger i det norske medicinske Selskab i Kristiania 1885. 1 Bd. Christiania 1886.

Annales of the New-York Academy of Sciences, late Lyceum of natural history. Mai 1884 u. Febr. 1885. 2 Hefte. 8⁰.

Bidrag till Sveriges officiela Statistik. För år 1884. 1 Heft. 4⁰.

Leuf, D. A. H. P. Note on a peculiar form of pulmonary congestion not generally known and terminating in sudden death. Sep.-Abdr.

Denkschriften der Academia di Medicina in Turin v. Jahre 1884, enthaltend Aufsätze von Manfredi, Reymond, Sperino, Albertotti, Falchy, Gonella, Galbuga, Debenedetti, Bizzozero, Giacomini, Martinotti, Varaglia, Conti, Mosso, Pagliani, Bozzolo, Giacosa, de Regibus, Bajardi und Tartufferi. (Italienisch.) 1 Bd. Folio.

Angeschafft wurde:

Baumgarten, Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen. 1. Jahrg. 1885.

Neukomm, Die epidemische Diphtherie im Canton Zürich und deren Beziehungen zum Luftröhrenschnitte. Leipzig 1886.



Summarischer Bericht über die Sitzung vom 7. Mai 1886.

Vorsitzender: Herr Vicepräsident Hofrath **Meynert.**

Schriftführer: Herr Dr. **Bergmeister.**

Der Vorsitzende spricht der Gesellschaft seinen Dank für die Wahl zum Vicepräsidenten aus.

Der Antrag des Verwaltungsrathes, den Jahresbeitrag auf 20 fl. zu erhöhen und eine Diplomtaxe von 5 fl. von Neueintretenden einzuheben, wird mit überwiegender Majorität angenommen.

Herr Prof. **Stricker** macht eine vorläufige Mittheilung über Muskelinnervationen, welche sich an Gehörsempfindungen knüpfen.

Herr Prof. **Störk** macht eine ergänzende Mittheilung hierzu.

Herr Dr. **Frey** stellt einen Fall von Mammacarcinom vor, bei welchem durch Anwendung von Milchsäure locale Heilung erzielt wurde.

Zu dem Falle spricht Herr Prof. **Kaposi.**

Herr Prof. **Winternitz** hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber Antipyrese und Antipyretica.

Programm

für die am Freitag den 14. Mai 1886, Abends 7 Uhr, unter dem Vorsitze des Herrn Prof. **Mauthner** stattfindende Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

---

1. Prof. **Benedikt:** Craniometrische Demonstrationen.
2. Prof. v. **Dittel:** Ueber Endoskopie der Blase.

Vorträge haben angemeldet die Herren: Prof. A. Politzer, Prof. Weichselbaum.

Kundrat. Bergmeister.

Herausgeber: **Die k. k. Gesellschaft der Aerzte.** — Für d. Redaction verantwortl.: Prof. **E. Albert.**
Verlag von **Alfred Hölder,** k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.
Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

20. Mai 1886. Nr. 18.

Anzeiger

der

k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Protokoll der Sitzung vom 7. Mai 1886.

Vorsitzender: Herr Vicepräsident Hofrath **Meynert.**

Schriftführer: Herr Dr. **Bergmeister.**

Herr Prof. **Stricker** macht eine vorläufige Mittheilung über einige Beobachtungen, welche Prof. Störk am Kehlkopf des Menschen, und Dr. Josef Pollak am Tensor tympani des Hundes gemacht haben. Beide Beobachtungsreihen bringen objective Belege für psychologische Theorien, welche S. früher, auf die Selbstbeobachtung gestützt, vorgebracht hat. Störk sah nämlich, dass die Stimmbänder von im Gesange geübten Menschen schon beim Anhören eines musikalischen Motivs nach dem Rhythmus des Motivs sich bewegen. Josef Pollak hat andererseits in Bestätigung der Beobachtungen von Hensen und Bockendahl gesehen, dass der Tensor tympani des Hundes auf Töne von verschiedener Höhe verschieden intensiv reagirt. Als neue Thatsache fügt er hinzu, dass der Tensor auch auf die Vocale reagirt und zwar am intensivsten auf a, am schwächsten auf u. Es ist ferner festgestellt worden, dass die Contractionen des Tensor auf reflectorischem Wege ausgelöst werden. Sowie der Vocal a erklingt, wird der Tensor reflectorisch zu einer Zuckung angeregt.



Herr Prof. **Stoerk** machte die ergänzende Mittheilung zur Beobachtung Stricker's, dass thatsächlich bei Individuen, welche den Kehlkopfspiegel ohne Reaction zu ertragen in der Lage sind — man Bewegungen am Larynx beobachten kann, welche einen dem Kranken vorgesprochenen oder vorgesungenen Vocal correspondiren. — Bei geübten und musikalisch geschulten Individuen erreicht man beim Vorhalten eines Gesangsstückes, dass dieselben die Melodie lesen, mithin an die Melodie denken. Bei dieser Gelegenheit erreicht man Bewegungen, die dem Rhythmus des Gesangsstückes

genau entsprechen. Gewöhnlich beobachtet man bei dieser Gelegenheit, dass solch ein Sänger auch genau der Musik correspondirende Bewegungen mit seinem ganzen Respirationsapparate macht. Man kann durch einfaches Auflegen der Hände am Thorax die Bewegungen controliren.

Herr Dr. **Frey** stellt einen Fall von Mammacarcinom vor, bei welchem durch Anwendung von Milchsäure locale Heilung erzielt wurde.

Herr Prof. **Kaposi** findet das erzielte Resultat sehr erfreulich, glaubt aber, dass auch andere Mittel mit eben solchem Erfolge angewendet würden.

Herr Prof. Wilhelm **Winternitz** hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber Antipyrese und Antipyretica.

Auf dem vorjährigen Internisten-Congresse hat es **Liebermeister** constatirt, dass die hydriatische Antipyrese günstigere Resultate im Abdominaltyphus ergibt als die medicamentöse. Winternitz untersucht, wodurch sich dieses Verhalten erklären lasse und findet den Grund dafür darin, dass die Antipyretica neben dem wohlthätigen Einflusse auf Herabsetzung der fieberhaften Temperatursteigerung, mannigfache nachtheilige, selbst toxische Nebenwirkungen haben, wie von den verschiedensten Seiten constatirt wurde, die den wohlthätigen Einfluss auf die Temperatursteigerung zum Theile wieder paralysiren.

Die Wassercur dagegen, obwohl von minder mächtigem Einfluss auf die Fieberwärme als die Antipyretica, hat mannigfache nützliche und heilsame Nebenwirkungen auf den Fiebernden und den Fieberprocess, die die erstere Wirkung unterstützen. Daraus erklärt sich ihr therapeutisches Uebergewicht. Der Vortragende will nur einen bisher weniger beachteten Punkt der Wirkungsweise der Hydrotherapie auf den Fiebernden erörtern, ohne den Werth der anderen Factoren, die bereits bekannt und anerkannt, gering anzuschlagen.

Dieser Punkt ist der Gefäss- und Gewebstonus, den die Wassercur mit nahezu physikalischer Sicherheit zu beherrschen vermag.

Es wird die Bedeutung des Gefäss- und Gewebstonus für die Circulation auseinandergesetzt, der Einfluss von differenten Temperaturen auf dieselben.

Sodann kommt der Vortragende darauf zu sprechen, wie das Fieber Gefäss- und Gewebstonus verändert und daraus werden manche Fiebergefahren zu erklären versucht.

An Pulscurven, die vorgezeigt werden, werden alle diese Vorgänge und Veränderungen unter hydriatischen Eingriffen erläutert



und demonstrirt. Daraus wird sodann der Schluss gezogen, dass die Wiederherstellung normaler oder der Norm nahestehender Circulationsbedingungen einen der Factoren und nicht den unwichtigsten, der Nutzwirkung der hydratischen Antipyrese darstellt.

Wien, 14. Mai 1886.

Der Vorsitzende: L. Mauthner.

Summarischer Bericht über die Sitzung vom 14. Mai 1886.

Vorsitzender: Herr Prof. **L. Mauthner.**

Schriftführer: Herr Dr. **Rich. Paltauf.**

Herr Dr. **Kyri** demonstrirt ein wahrscheinlich vor Jahren nach einem Trauma geplatztes Kystoma papillare proliferum ovarii, das jüngst von Prof. v. Rokitansky exstirpirt wurde.

Herr Prof. **Benedikt** hält seinen angekündigten Vortrag: „Kraniometrische Demonstrationen."

Daran schliesst sich eine längere Discussion, an der sich die Herren Prof. **L. Mauthner**, Hofrath **Meynert** und Dr. **Hock** betheiligen.

Wegen der bereits vorgerückten Stunde verschiebt Herr Prof. **Dittel** seinen angekündigten Vortrag: „Ueber Endoskopie der Blase" mit Einstimmung der Versammlung auf die nächste Sitzung.

Herr **Leiter** demonstrirt auf Wunsch Prof. Dittel's den neu modificirten Nitze-Leiter'schen elektro-endoskopischen Apparat.



Programm

für die am Freitag den 21. Mai 1886, Abends 7 Uhr, unter dem Vorsitze des Herrn Hofr. **Widerhofer** stattfindende Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

---

1. Herr Prof. v. **Dittel**: Ueber Endoskopie der Blase.
2. Herr Prof. **Weichselbaum**: Ueber Aetiologie und pathologische Anatomie der Lungenentzündungen.

Vorträge haben angemeldet die Herren: Prof. A. Politzer, Dr. Freud., Hofrath C. v. Braun-Fernwald.

Kundrat. Bergmeister.

Herausgeber: **Die k. k. Gesellschaft der Aerzte.** — Für d. Redaction verantworl.: Prof. **E. Albert.**
Verlag von **Alfred Hölder,** k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.
Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

27. Mai 1886. Nr. 19.

Anzeiger

der

k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Inhalt: Protokoll der Sitzung vom 14. Mai 1886. — Summarischer Bericht der Sitzung vom 21. Mai 1886. — Programm der Sitzung am 28. Mai 1886.

Protokoll der Sitzung vom 14. Mai 1886.

Vorsitzender: Herr Prof. **L. Mauthner.**

Schriftführer: Herr Dr. **Rich. Paltauf.**

Herr Dr. **Kyri**, Secundararzt im Maria-Theresia-Frauenhospital, demonstrirt ein spontan rupturirtes Cystoma proliferum papillar.

Die Trägerin war vor 13 Jahren erkrankt und wurde vor 10 Jahren zum ersten Male punktirt. Binnen zwei Jahren wurde sie 21mal punktirt.

Zu dieser Zeit stürzte die Frau auf der Gasse, musste nach Hause getragen werden und wurde nach einigen Tagen neuerdings punktirt, wobei blutreiche Flüssigkeit entleert wurde.

Nach dieser 22. Punctation trat für fünf Jahre ein Stillstand ein, dann musste neuerdings mit den Punctionen begonnen werden.

Im Ganzen wurde die Frau 45mal punktirt, wobei jedesmal 20—25 Liter Flüssigkeit entleert wurden. Die chemische und mikroskopische Untersuchung der Flüssigkeit sprach für Ascites.

Bei der Untersuchung per vaginam fand man hinter dem Uterus einen faustgrossen beweglichen Tumor.

Am 5. Mai wurde die Laparotomie von Prof. Rokitansky vorgenommen und der nur mit dem Lig. latum verbundene, wenig adhärente Tumor entfernt.

Der Tumor erwies sich als eine Cyste des linken Ovariums, die vermuthlich gelegentlich des erwähnten Sturzes geplatzt war und zur Flüssigkeitsansammlung im Bauchraume Anlass gegeben hat.

Die Patientin befindet sich wohl — keine neue Flüssigkeitsansammlung vorhanden.

Dr. K. demonstrirt das anatom. Präparat.

Herr Prof. **Benedikt** demonstrirt den jetzigen Status seines kraniometrischen und cephalometrischen Materials.

Er zeigt das neue kathetometrische Fernrohr, das seinen Zweck als Control- und Messapparat bis auf die feinsten Nuancen vollständig erfüllt.

Zunächst demonstrirt B. die zwei Vorrichtungen, um in horizontaler und verticaler Richtung Ebenen auf den Schädel zu zeichnen. Die erste Vorrichtung zeichnet mittelst einer Reisfeder, die streng horizontal gestellt ist und auf einer streng verticalen Axe auf- und abwärts beweglich ist.

Die zweite Vorrichtung besteht darin, dass der gebogene Stachel des Broca-Benedikt'schen Zeichenapparates mit einer genau centrirten verticalen Reisfeder versehen ist.

Die Zeichnungen beider Vorrichtungen müssen durch das Fernrohrs controlirt werden, besonders die verticalen.

Weiters zeigt B. den Pyramiden-Messapparat, welcher den Zweck hat, die Höhe jener Pyramiden zu bestimmen, welche ein seitlicher Punkt am Schädel oder Kopfe mit dem Nasendreiecke als Basis bildet, wenn von den 3 Punkten jenes Dreieckes zum genannten Punkte gemessen wird. Wenn diese Höhe gegeben ist, ist die Lage dieses Punktes geometrisch fixirt. Die Berechnung der Pyramidenhöhe ohne Apparat ist aber sehr mühsam.

Weiters demonstrirt Benedikt einen Apparat zur Fixirung der Broca'schen Blickebene am Schädel und am lebenden Kopfe.

Im Laufe des Vortrages bespricht B. die Bedeutung einer exacten Kraniometrie als Typus für die Schaffung einer mathematischen Morphologie und die hohe Wichtigkeit der Kephalometrie und Kephaloskopie für die hereditären und aus angeborener Degeneration hervorgehenden Neurosen und psychischen Zustände.

Er erwähnt in ersterer Beziehung die bahnbrechenden Versuche von Hennum in Christiania, welche bedeuten, dass die Anatomie als mathematische Morphologie kein Zukunftstraum sei, sondern bereits in volle Actualität getreten ist.

Discussion. Prof. **Mauthner** macht aufmerksam, dass die Ophthalmologen in der Primärstellung der Augen bei intelligenten Individuen ein Mittel haben, die Blickebene in eine genau definirte Stellung (Primärstellung) zu bringen, ohne dass man eines Apparates hierzu bedürfen würde. Es wäre interessant zu untersuchen, ob diese Ebene mit der Broca'schen Blickebene zusammenfällt.

Was die vollendet mathematisch-geometrische Construction anbelangt, die B. für den Schädel gefunden hat und die er für andere Organe und Körpertheile supponirt, so citirt M. einen Satz Helmholtz's, wornach das Auge als optisches Instrument sehr ungünstig construirt ist.

Prof. Benedikt findet, dass, wenn auch die erwähnte definirte Blickebene mit der Broca'schen übereinstimme, dies für die Zwecke der Kraniometrie nicht verwendbar sei.

Herr Hofrath **Meynert** anerkennt den Fleiss und Zeitaufwand Prof. **Benedikt's.** Was derselbe durch so sehr detaillirte Untersuchungen eigentlich erfahren wolle, sei noch Geheimniss. So weit das Interesse der Aerzte an solchen Untersuchungen hafte, glaube er, dass das pathologisch Abweichende einer Schädelform zunächst in's Auge falle und die pathologische Kraniologie eine schon durch Virchow ziemlich fertige Doctrin sei. Die Ziffern der Masse orientiren nicht so sehr erst den Diagnostiker, als sie vielmehr ein nothwendiger Ausdruck für die Mittheilung dessen seien, was er gesehen hat. Ueber Benedikt's feines Detail sei er sich nicht klar geworden. Was Benedikt aber über Gröberes klar geäussert habe, müsse er bestreiten.

Zunächst kann die Kraniometrie nur sehr im Allgemeinen und ungenau über die Hirnstelle Auskunft geben, welche unter einer bestimmten Schädelstelle liegt. Dass Benedikt z. B. glaube, durch den Schädel die Stelle des Paracentralläppchens und zwar zweier Abtheilungen desselben, die er in seinem Vortrage sonderte, am Gehirn bestimmen zu können, sei ganz irrig und nicht nur darum, weil man doch schon bei keinem Menschen überhaupt ahnen könne, dass er dieses inconstante Läppchen besitze.

Ferner bezog sich Benedikt auf die neuliche Vorstellung einer blinden Frau mit Abflachung der Hinterhauptgegend, die er zur Erklärung der Blindheit auf Defect der Hinterhautlappen beziehen wollte. Es sei bekannt, dass die jüngst vereinbarte kraniometrische Terminologie dem Bedürfniss entspricht, für die äusserste noch am normalen Schädel vorkommenden Abflachungen extreme Bezeichnungen zu geben, so dass die Kurzköpfe als subbrachycephal, brachycephal, hyperbrachycephal und ultrabrachycephal unterschieden werden, während man für noch physiologische Langköpfigkeit eben so extreme Termini heranziehen musste. Die Frau war zugleich blind und brachycephal. Mehr könne man nicht behaupten und die Brachycephalie und Blindheit lassen sich in keine Relation zu einander bringen. Vielleicht sei in Benedikt's Mittheilungen das Allerfeinste richtig. Die Behauptungen über gröbere Thatsachen seien aber sicher unrichtig.

Prof. **Benedikt** erwiedert, er sei wohl missverstanden worden, er habe nicht vom Lobulus paracentralis gesprochen, sondern die Centralwindungen gemeint. Er glaubt, dass feinere Schädelmessungen, als die gebräuchlichen, richtige Thatsachen schaffen werden und findet in Gall den grossen Forscher, der bereits das Princip ausgesprochen, dass das Wachsthum gewisser Schädeltheile genau mit

*

dem gewisser Hirntheile, dass gewisse Aplasien des einen mit solchen des andern zusammenfallen, dass wie jede Funktion ihren bestimmten Sitz, ihr auch gewisse Punkte am Schädel entsprechen. Er bedauert, dass dem anthropologischen Theile der Kraniometrie so wenig Interesse entgegengebracht werde.

Auf die Bemerkung Dr. **Hock's**, dass die Primärstellung der Augen nicht der Horizontalebene entspreche, erwiedert Pr. **Mauthner**, dass es sich darum gar nicht handle; er betont noch einmal, dass es interessant wäre zu wissen, ob die Auffassung der Ophthalmologen (Primärstellung der Augen) mit den Ergebnissen der Kraniometrie (Broca'sche Blickebene) übereinstimme; für die Untersuchung an intelligenten Lebenden hält er weitläufige Apparate zur Auffindung jener Ebene, welche als Basis für die Messungen dient, für nicht nothwendig.

Prof. **Benedikt** betont, dass auch am Lebenden ein Apparat zur Fixirung der Broca'schen Blickebene unumgänglich nöthig sei, da nur der ihm bleibende bestimmte Fixpunkt, unbekümmert um Lage des Kopfes, um die Intelligenz und den Zustand des Individuums gebe.

Nach einer nochmaligen kurzen Erwiederung von Seite Prof. Mauthner's und einer abermaligen von Prof. Benedikt wird die Discussion geschlossen.

Wien, 21. Mai 1886.

Der Vorsitzende: Prof. Widerhofer.



Summarischer Bericht über die Sitzung vom 21. Mai 1886.

Vorsitzender: Herr Prof. **Widerhofer.**

Schriftführer: Docent Dr. **Riehl.**

Herr Prof. Dr. **Hofmokl** stellt ein Kind vor, bei welchem nach der rituellen Circumcision eine chronische, wahrscheinlich tuberculöse Geschwürsbildung an den Resten des Präputiums und an der Glans mit Schwellung und Eiterung der Inguinaldrüsen aufgetreten war.

An der Discussion betheiligten sich die Herren: Prof. Kaposi, Dr. Grünfeld und Prof. Hofmokl.

Herr Prof. **Dittel** hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber Endoskopie der Blase.

An der Discussion betheiligten sich die Herren: Dr. Grünfeld, Prof. Dittel, Leiter.



Herr Professor Stricker übersendet der Redaction folgende **Berichtigung**:

„Mein im letzten Hefte der medic. Jahrbücher publicirter Aufsatz enthält zwei sinnstörende Druckfehler, welche in allen ausserhalb Wien versendeten Exemplaren mit der Feder corrigirt worden sind. Ich bitte daher auch die Mitglieder der k. k. Gesellschaft der Aerzte, pag. 188, Zeile 5 von unten statt „höheren" „sicheren" und pag. 189, Zeile 6 von unten statt „schliessen" „fliessen" zu setzen.

Stricker."

Programm

für die am Freitag den 28. Mai 1886, Abends 7 Uhr, unter dem Vorsitze des Herrn Prof. **Exner** stattfindende Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

---

1. Herr Dr. **Gärtner** und Herr Dr. **Lustgarten**: Vorläufige Mittheilung über elektrolytische Flächenätzungen bei Lupus.
2. Herr Prof. **Weichselbaum**: Ueber Aetiologie und pathologische Anatomie der Lungenentzündungen.
3. Herr Dr. **Ullmann**: Mittheilungen über die Pasteur'schen Impfungen.

Vorträge haben angemeldet die Herren: Prof. A. Politzer, Dr. Freud, Hofrath Braun-Fernwald, Dr. Teleky, Dr. Dalla-Rosa.

Kundrat. Bergmeister.

Herausgeber: **Die k. k. Gesellschaft der Aerzte.** — Für d. Redaction verantwortl.: Prof. **E. Albert.**
Verlag von **Alfred Hölder**, k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.
Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

3. Juni 1886. Nr. 20.

Anzeiger der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Protokoll der Sitzung vom 21. Mai 1886.

Vorsitzender: Herr Hofrath Prof. Dr. **Widerhofer.**

Schriftführer: Herr Docent Dr. **Riehl.**

Herr Prof. Dr. **Hofmokl** stellt ein Kind vor, bei welchem nach der rituellen Beschneidung eine chronische, wahrscheinlich tuberkulöse Geschwürsbildung am restirenden Theil des Präputiums und der Glans Penis, mit hochgradiger Schwellung und mit Zerfall der beiderseitigen Inguinaldrüsen, gefolgt ist.

Der gegenwärtig 8 Monate alte Knabe ist als viertes Kind am 12. September 1885 geboren und 8 Tage später rituell beschnitten worden. Die Anfangs gemachten Angaben der Mutter, dass die Blutstillung durch Saugen mit dem Munde von Seite des Beschneiders geschehen ist, werden gegenwärtig als nicht bestimmt hingestellt. Die Eltern des Kindes sind gesund. Von den 4 Kindern der Frau K. hatte eines ein Palatum fissum und starb an einer nicht näher zu bezeichnenden Erkrankung. Zwei Knaben, mit 10 und 14 Jahren, sind zart gebaut, aber sonst gesund. Die Wunde verheilte nach der Beschneidung nie ganz. In der fünften Woche wurden schon Drüsenschwellungen in beiden Inguinalgegenden bemerkt.

In der 7. Woche nach der Beschneidung wurde das Kind in die Ambulanz des Leopoldstädter Kinderspitals gebracht und stand daselbst fast ununterbrochen bis Mitte Mai 1886 in ärztlicher Beobachtung und Behandlung. Am 17. Mai wurde es auf die Abtheilung aufgenommen.

Bei der ersten Vorstellung des Kindes war dasselbe gut genährt und sah sonst ganz blühend und gesund aus. Die inneren Organe boten nichts Abnormes.

Die Untersuchung der äusseren Genitalien ergab, unter dem restirenden Theil des Präputiums am Dorsum glandis, unmittelbar über dem Sulcus coronarius, ein kleines, längliches, etwas grau belegtes Geschwür, die Umgebung mässig geschwellt und indurirt. Leichte Schwellung der Inguinaldrüsen. Therapie: Anfangs local Jodoform und allgemeine tägliche Bäder. Als diese Medication nichts fruchtete, wurden folgende Mittel in Anwendung gezogen: Innerlich: Kalomel, Jodkali; äusserlich: Sublimatbäder, Darkauer Jodsalzbäder, Schwefelbäder, schliesslich auch eine Auslöffelung des Geschwüres mit nachfolgender Jodoformbehandlung und Schmiercur mit grauer Salbe. Alles dies fruchtete wenig oder gar nichts. Das Geschwür an der Glans kroch weiter, nahm auch andere Stellen ein, während die Inguinaldrüsen eine sehr bedeutende Grösse erreichten, so dass sie gegenwärtig in beiden Inguinalgegenden mächtige Paquette bilden, bestehend aus vielen, bis über Wallnuss grossen Geschwülsten. An der äusseren Urethralmündung trat nun desgleichen ein Geschwür auf, so dass dadurch ein sehr schmerzhaftes Harnen bedingt ist. Das Kind magert jetzt sichtlich ab. Am übrigen Körper des Kindes sind keine weiteren Drüsenschwellungen zu bemerken. Die Lungen und das Herz sind gesund. Während des ganzen langen Krankheitsverlaufes haben sich keine weiteren Erscheinungen von Lues gezeigt. Die mikroskopische Untersuchung des Eiters auf Tuberkelbacillen fiel vorläufig negativ aus.

Der ganze Process macht nach diesem Verlaufe den Eindruck einer localen tuberculösen Erkrankung. Ob nun in dem Falle die Beschneidung blos das anregende Moment war, um auf einem zur Tuberculose vielleicht veranlagten Boden, den tuberculösen Process anzufachen oder ob hier eine wirkliche locale Infection mit Tuberculose vorliegt, lässt sich nicht bestimmt entscheiden.

Prof. **Kaposi** erwähnt einer Reihe von ähnlichen Fällen, welche er zu Ende der Sechziger-Jahre in Wien beobachtet hat; sie stammten alle aus der Praxis eines Circumcissors, der übrigens die Aussaugung des Blutes nicht vorgenommen hatte. Nach Ansicht K.'s waren die damals beobachteten Geschwüre und Drüsenschwellungen luetischer Natur.

Das Geschwür an dem eben demonstrirten Kinde hat kein charakteristisches Aussehen, was aber durchaus die Diagnose Syphilis nicht ausschliesst, da nach K. luetische Geschwüre in Folge der Behandlung oder anderer Einflüsse häufig ihre prägnanten Eigenthümlichkeiten verlieren, und sich zu langdauernden flachen Erosionen oder selbst serpiginös fortkriechenden Ulcerationen von grossem Umfang umwandeln können.

Die Drüsenschwellung kann einfach Folge öfterer Lymphangioitis sein.



K. bespricht hierauf die Diagnose der Primäraffecte überhaupt und betont seinen Standpunkt als Unitarier.

Die tuberculöse Natur der vorliegenden Affection erscheint K. sehr unwahrscheinlich, vielmehr empfiehlt K. Behandlung mit grauen Pflaster und Einreibungen.

Prof. **Hofmokl** erwähnt, dass antiluetische Therapie in verschiedenen Formen spec. die von K. empfohlenen Mittel ohne Erfolg verwendet worden sind.

Docent Dr. **Grünfeld** theilt mit, ähnliche Fälle (aus Lundenburg) gesehen zu haben. Es liess sich nachweisen, dass der Beschneider an Syphilis erkrankt war, und vor der Operation das Messer im Munde gehalten habe; auch zwei Personen des Wartepersonals waren luetisch.

Nach G. lassen sich ganz präcise: syphilitische Affectionen, Ulcera mollia, und „einfach verunreinigte Geschwüre" in solchen Fällen diagnosticiren. G. erwähnt eines Falles der letzteren Art aus Währing.

Im demonstrirten Falle sei die Ursache Gewebszerfall durch „Verunreinigung".

Prof. **Hofmokl** betont, dass er die tuberculöse Natur der vorliegenden Veränderungen nur für wahrscheinlich erklärt habe, der ganze Verlauf, das Aussehen und der Effect der Therapie entspreche nicht der Syphilis. „Verunreinigte Geschwüre" aber kennen die Chirurgen nicht. Durch zweckentsprechende Antisepsis wird jedes Geschwür, das aus einer einfachen Wunde hervorgegangen ist, wieder in eine granulirende Wunde umgewandelt; da dies im vorliegenden Falle nicht möglich war, ist die Annahme einer speciellen Ursache des Gewebszerfalles naheliegend; dass dieses Moment hier nicht Syphilis gewesen sei, ist aus dem Verlaufe, dem Mangel anderwärtiger Syphiliserscheinungen und nach der Erfolglosigkeit der Therapie gewiss.

Prof. **Dittel** theilt seine Erfahrungen über die Kistoskopie mit dem elektro-endoskopischen Apparat von Nitze-Leiter mit. Thompson hat durch seine Digital - Exploration die Aufmerksamkeit der Chirurgen auf die Blasentumoren lebhaft angeregt und es lag nahe, dass D i t t e l statt zum Messer, zum Endoskop griff.

Die Bilder, die D. damit gewonnen hat, beziehen sich auf mehrfache Zustände der Blase, als:

1. Auf die gesunde Blase mit ihrer normalen Vascularisation, auf die Trabekeln der Detrusoren und etwaige Divertikeln.

2. Auf die acute diffuse und circumscripte Cystitis und den chronischen Blasenkatarrh.

*

3. Auf folgende Fremdkörper in der Blase,

a) Steine, Steinfragmente nach Litholapaxie und Divertikel-Steine,

b) Reine und incrustirte Stücke von Nelaton, resp. Jaques Patent Catheter,

c) Stücke von Bougien aus Siegelwachs,

d) Neoplasmen der Blase.

Von letzteren zeigt er 5 Bilder, von denen 3 mittelst des hohen Blasenschnittes zutreffend nachgewiesen wurden.

D. gedenkt der Schwierigkeiten, die durch Blutung während des Endoskopirens entstehen, und durch Prostata-Hypertrophien der Beleuchtung entgegen stehen. In einem solchen Falle musste D. sogar durch den Wundcanal des 5 Monate früher gemachten hohen Blasenstiches das Endoscop einführen, um den mittleren Lappen zu constatiren, den D. dann decapitirt hat.

D. erwähnt auch einer Fehl-Diagnose, obwohl er denselben Pat. sowohl endoscopirt, als nach einer Boutonnière abgetastet hatte.

Mit ganz besonderem Nachdruck erwähnt D. der vorzüglich, in jeder Richtung gründlichen und unparteischen Bearbeitung der Blasentumoren von Küster in Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge Nr. 267—268.

Dr. **Grünfeld.** An den Vortrag des Herrn Prof. D i t t e l erlaube ich mir einige Bemerkungen zu knüpfen, welche füglich als Ergänzung jener Mittheilungen über die Endoskopie der Blase zu dienen geeignet sein dürften. Zunächst constatire ich mit Befriedigung, dass die von mir vor mehr als 12 Jahren nachgewiesene Möglichkeit, ja Nothwendigkeit der endoskopischen Untersuchung der Urethra und Blase sich Anerkennung verschafft hat und dass auch Jene diese Methode benützen, welche früher die Exploration mit dem Gesichtssinne für überflüssig hielten. Hierbei ist es ganz irrelevant, ob die Untersuchung nach meiner einfachen Methode oder mit dem elektro-endoskopischen Apparate stattfindet. Schon in meiner ersten Publication über Endoskopie zeigte ich, dass man mittelst meiner Methode die Blasenschleimhaut dem Auge zugänglich machen kann. Man sieht die Mucosa in ihrer natürlichen Beschaffenheit, man sieht die Gefässe, Falten und andere Details. Ich kam in die Lage, fremde Körper, zumal Steine, Geschwüre etc. in der Blase zu sehen und zu demonstriren. Aber auch Tumoren der Blase konnte ich mit meinem Blasen-Endoskope diagnosticiren. Ja, ich habe noch einen weiteren Erfolg zu verzeichnen, einen Erfolg, den ich selbst früher zu erhoffen kaum wagte. Mir gelang es nämlich, einen Tumor der Blase, wenn auch nur beim Weibe, mit Hilfe meines Endoskops nicht nur zu diagnosticiren, sondern auch operativ zu beseitigen und zwar ohne Blasenschnitt mit einer einfachen Draht-

schlinge und mit dauerndem Erfolge. Ein solcher operativer Vorgang ist aber auch nur nach meiner Methode vorläufig ausführbar, denn die elektro-endoskopischen Tuben gestatten die Einführung von Hilfsinstrumenten entweder gar nicht oder in sehr beschränktem Masse. Die Vorzüge meines Verfahrens gegenüber den elektro-endoskopischen Apparate will ich nicht weiter ausführen. Es genügt, wenn ich constatire, dass die betreffenden Apparate, auf welche grosse Erwartungen gesetzt wurden, allüberall „in einer Ecke stehend" gefunden werden, wie sich ein Autor ausdrückt. Um so höher ist das Verdienst des Herrn Prof. Dittel anzurechnen, der mit Consequenz, Thompson's Verfahren entgegentretend, durch die Endoskopie das schöne Resultat erzielte. Allerdings gelang ihm dies nur dadurch, dass er in jedem Einzelfalle den Apparat vom Mechaniker sich bedienen lässt, weil der Arzt diesen complicirten Mechanismus zu reguliren nicht im Stande ist. Es traf genau so ein, wie ich mich seinerzeit Nitze gegenüber geäussert, dass dieser Apparat nur dann zu verwerthen sein wird, wenn die Aerzte denselben von Fall zu Fall vom Instrumentenmacher entlehnen werden.

Prof. **Dittel** erwidert, dass immerhin beide Instrumente passende Verwendung finden können. Das Grünfeld'sche Endoskop hat ein sehr kleines Sehfeld — nicht grösser als das Lumen des Instrumentes, also circa Sonde Nr. 21 entsprechend. Mit diesem Instrumente können die Verhältnisse von grösseren Tumoren etc. nur schwierig und unvollständig zur Anschauung gebracht werden, während die Leiter'schen Cystoskope ein grosses Sehfeld 10 bis 15 Quadrat-Centimeter und somit die Möglichkeit leichterer Orientirung voraus hätten. Die complicirtere Construction, welche die Mithilfe eines Mechanikers erfordere — ähnlich wie die Galvanokaustik — spreche, angesichts der besseren Resultate, nicht gegen die Methode.

Dr. **Grünfeld** erwidert auf die Bemerkung Prof. Dittel's, dass nur ein kleines Sehfeld zu gewinnen sei, dass gleichwohl durch Combinationsbilder eine ganz präcise Besichtigung grosser Flächen möglich ist, dass man alle Einzelheiten, ja die feinsten Gefässe genau sehen kann, ohne dass die Durchleuchtung oder die unrichtige Einstellung des optischen Apparates zu einer Störung Anlass gibt. Freilich erfordert Grünfeld's Methode eine Uebung; aber auch die Untersuchung mit dem Elektro-Endoskop erheischt nach Prof. Dittel's eigenem Geständniss, grosse Uebung.

Wien, 21. Mai 1886.

Der Vorsitzende: Prof. Sigm. Exner.



Summarischer Bericht über die Sitzung vom 28. Mai 1886.

Vorsitzender: Herr Prof. S. Exner.

Schriftführer: Prof. Dr. J. Csokor.

Der Vorsitzende gedenkt des verstorbenen Mitgliedes, Herrn Prof. Dr. Heinrich Auspitz; stellt hierauf Herrn Prof. Soyka als Gast vor.

Herr Prof. Hofmokl bringt anschliessend an die Demonstration der vorigen Sitzung, eine ergänzende Mittheilung.

Herr Prof. Csokor demonstrirt zwei pathologisch-anatomische Präparate.

Herr Prof. v. Frisch demonstrirt einige nach der Methode von Pasteur mit Lyssavirus geimpfte Kaninchen.

Herr Dr. Gärtner und Herr Dr. Lustgarten machen ihre angekündigte vorläufige Mittheilung über elektrolytische Flächenätzungen bei Lupus.

Zu den Mittheilungen bringt Herr Doc. Dr. Riehl eine thatsächliche Berichtigung.

Herr Dr. Ullmann berichtet über die Pasteur'schen Impfungen.

Herr Prof. Weichselbaum hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber die Aetiologie und pathologische Anatomie der Lungenentzündungen.

Programm

für die am Freitag den 4. Juni 1886, Abends 7 Uhr, unter dem Vorsitze des Herrn Präsidenten Hofrath v. Bamberger stattfindende Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

1. Herr Prof. Kaposi: Demonstration eines Falles einer bisher unbekannten Hautaffection.
2. Herr Prof. Stricker: Vorläufige Mittheilung über Vorgänge in der Zoogloea.
3. Herr Prof. Weichselbaum: Ueber Aetiologie und pathologische Anatomie der Lungenentzündungen.
4. Herr Dr. S. Freud: Ueber männliche Hysterie.

Vorträge haben angemeldet die Herren: Prof. A. Politzer, Hofrath v. Braun-Fernwald, Dr. Teleky, Dr. Dalla-Rosa.

Kundrat. Bergmeister.

Herausgeber: Die k. k. Gesellschaft der Aerzte. — Für d. Redaction verantwortl.: Prof. E. Albert.
Verlag von Alfred Hölder, k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.
Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

10. Juni 1886. Nr. 21.

Anzeiger

der

k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Protokoll der Sitzung vom 28. Mai 1886.

Vorsitzender: Herr Prof. Dr. **S. Exner.**

Schriftführer: Herr Prof. Dr. **J. Csokor.**

Der Vorsitzende widmet dem dahingeschiedenen Mitgliede Prof. Auspitz einige warme Worte des Nachrufes und fordert die Versammlung auf, sich als Ausdruck der Verehrung von ihren Sitzen zu erheben. (Geschieht.) — Hierauf stellt der Vorsitzende den Herrn Dr. Soyka, Prof. der Hygiene aus Prag, der Versammlung vor.

Anschliessend an die Demonstration von der vorigen Sitzung theilt Herr Prof. **Hofmokl** mit, dass er bei dem Kinde 30 Drüsen aus beiden Inguinalgegenden exstirpirt und die Geschwüre am Penis mit Paquelin behandelt hat. Die makro- wie die mikroskopische Untersuchung der exstirpirten Lymphdrüsen ergab das deutliche Bild von Tuberculose. Die von Prof. Weichselbaum vorgenommene Untersuchung auf Tuberkelbacillen ist desgleichen positiv ausgefallen. Dem operirten Kinde geht es vorläufig gut.

Herr Prof. **Csokor** demonstrirt als vergleichendes Materiale zur Pathologie des Herzens einen angeborenen Defect in der Kammerwand des Pferdeherzens. In der Scheidewand der Herzkammern, unmittelbar unter dem Klappenansatze, befindet sich ein ovaler, 3 Cm. langer und 2 Cm. breiter Defect, welcher in den Conus der Aorta mündet. Während der Kammerdiastole fand ein vollständiger Verschluss des Defectes statt, indem die eine Aortenklappe das Lumen der ovalen Oeffnung ausfüllte und überdies je ein Segel der zwei- und dreizipfligen Klappe den Defect vollständig deckte. Während der Kammersystole war allerdings eine Communication zwischen beiden Kammern hergestellt. Der provisorische Verschluss dürfte in der allerletzten Zeit nicht ausgereicht haben, es entwickelte sich Stauung und Venenpuls.

Ein zweites Präparat, eine Perforation des Pferdedarmes durch ein Exemplar des grossköpfigen Spulwurmes, Ascaris megalocephala, weist darauf hin, wie mächtig die Kauwerkzeuge der Spulwürmer sind. Der Parasit lag zum Theile im Darmlumen, zum Theile ragte derselbe durch eine ovale, federspulengrosse Oeffnung in die auseinandergewichenen Blätter des Mesenteriums vor.

Prof. v. **Frisch** demonstrirt mehrere Kaninchen, welche nach dem Verfahren Pasteur's durch Trepanation mit Lyssa inficirt worden sind und an welchen verschiedene Stadien des Krankheitsprocesses wahrzunehmen sind. Der Vortragende hebt hervor, dass die inficirten Kaninchen nicht ausschliesslich Lähmungserscheinungen, sondern auch Contracturen und Krämpfe zeigen und zuweilen eine derartige Hyperästhesie vorhanden ist, dass am 2. oder 3. Tage der Erkrankung schon bei der leisesten Berührung allgemeine Convulsionen ausgelöst werden können. F. hat bisher durch die Güte des Herrn Prof. Csokor Rückenmarksstücke von 5 verschiedenen wüthenden Hunden erhalten, mit welchen 25 Kaninchen inficirt wurden. Alle bisher (und zwar nach einer Incubationszeit von 11 bis 15 Tagen) erkrankten Thiere zeigten dieselben Krankheitserscheinungen; auch der Sectionsbefund bot immer dasselbe Bild. Die Trepanationswunde war in jedem Falle per primam verheilt; Meningitis niemals vorhanden. Die Ueberimpfung der Krankheit von einem Thiere auf das andere scheint durch die Trepanation mit absoluter Sicherheit zu gelingen. Seit mehreren Tagen verfügt Prof. v. Frisch über zwei Kaninchen, welche von Pasteur mit dem virus fixe geimpft und lebend an ihn eingeschickt wurden, und er behält sich vor, über die nun in Angriff genommenen Versuche über Abschwächung des Wuthgiftes und Präventivimpfung der Gesellschaft weiterhin Bericht zu erstatten.

Docent Dr. **Gärtner**. Wird ein mässig starker elektrischer Strom durch den menschlichen Körper geleitet, so bildet sich unter der negativen Elektrode, wenn dieselbe aus einer blanken Metallplatte besteht, ein Aetzschorf. Die Zerstörung erfolgt durch zwei sich gegenseitig unterstützende Momente, einerseits dadurch, dass die Gewebe selbst elektrolytisch zerlegt werden, und andererseits durch die Wirkung der entstandenen Spaltungsproducte, der sogenannten Jonen, deren chemische Affinitäten wegen des Status nascens, in welchem sie sich befinden, in sehr energischer Weise zur Geltung kommen.

Unter der Kathode entwickeln sich neben Wasserstoff Alkalien und es unterliegt keinem Zweifel, dass die elektrolytische Kathodenwirkung als eine eigenthümliche Kali-Aetzung aufzufassen sei.

Nur selten findet man, dass die unter der negativen Elektrode befindliche Haut in toto zerstört wird; man sieht fast ausnahmslos,

dass circumscripte Schorfe in normaler Haut eingestreut liegen. Die angeätzten Stellen sind offenbar solche, an denen der Strom im Beginne einen geringeren Leitungswiderstand vorfand, als an den anderen, er erlangte dann daselbst grössere Dichtigkeit, die Elektrolyse kam hier zunächst in Gang, und wenn erst die Epidermis durch das Alkali entfernt oder doch gelockert ist, dann steigert sich die Wirkung daselbst immer mehr, die Aetzung greift weiter in die Tiefe, während die angrenzenden schlechter leitenden Stellen vom Strome ganz verschont bleiben.

Es war nun von vornherein zu erwarten, dass, wenn die Elektrode gleichzeitig normale mit unversehrter, schlecht leitender Epidermis bedeckte Haut neben pathologisch verändertem zellenreichem Gewebe, das der Epidermisdecke entbehrt oder dessen Epidermis verdünnt oder nur succulenter ist, bedeckt: dass dann die letzteren Stellen, die dem Strome wesentlich geringeren Widerstand bieten, der elektrolytischen Wirkung desselben allein unterliegen werden, dass also die Aetzung eine elegirende sein werde.

Grosse praktische Bedeutung kommt der Thatsache zu, dass die elektrolytische Flächenätzung vollkommen schmerzlos ist, wenn nur die Vorsicht gebraucht wird, mit dem Strome ein- und auszuschleichen, und diese Eigenschaft derselben wird ihr hoffentlich eine dauernde Stellung in der Therapie sichern.

Dr. G. hat die elektrolytische Flächenätzung gemeinsam mit Herrn Dr. Lustgarten zunächst an Lupösen versucht, nachdem Herr Prof. Kaposi das Material seiner Klinik in liebenswürdiger Weise zur Verfügung gestellt hat. Ueber die Erfolge dieser Versuche und über die Details der zur Anwendung gekommenen Methode wird Herr Dr. Lustgarten Bericht erstatten.

Im Anschlusse an Dr. Gärtner berichtet Dr. **Lustgarten** über Aetzungen, die mit Hilfe der genannten Methode auf der dermatologischen Klinik des Prof. Kaposi bei Lupuskranken zur Ausführung gelangten. Als Stromgeber diente eine Chromsäurebatterie von 24 Elementen. Die Stromstärke wurde an einem nach absolutem Masse geaichten Galvanometer controlirt, während sie sich zum Ein- und Ausschleichen sowie zur Regulirung der Stromstärke der Gärtner'schen Graphit-Rheostaten bedienten. Als Anode fungirte eine grosse Schwammelektrode oder besser und bequemer eine Gärtner'sche fixirbare Elektrode, als Kathode eine in einer Hartgummirung eingelassene, der Fläche nach schwach gewölbte runde Silberplatte von 10 Cm. Durchmesser, wie sie eigens zu vorliegendem Zwecke nach Angabe G.'s und L.'s von Herrn Leiter hergestellt worden war. Dieselbe kann zweckmässig ebenfalls besonders an den Extremitäten mit Hilfe der fixirbaren Elektrode am Körper befestigt werden. Die Oberfläche der Elektrode muss aus edlem Metalle hergestellt sein, weil dieselbe sich sonst bald mit einer

*

störenden und den Aetzeffect beeinträchtigenden Oxydschichte bedeckt, der Gummiring hat den Zweck, die am Rande ganz metallischer Elektroden besonders intensiv und dann auch im gesunden Gewebe auftretenden Aetzwirkungen hintanzuhalten. Die Dauer der Aetzung betrug 10 Minuten, die Stromstärke bei verschiedenen Versuchen 5—8 Milli-ampères. Zur Behandlung gelangten 7 Fälle, vorwiegend Lupus der Extremitäten und Flächeformen. Wenn unter den genannten Bedingungen vorgegangen wird, so gestaltet sich der Aetzeffect in der Weise, dass die unterhalb des metallischen Theiles der Elektrode befindliche Lupuspartie mit vollständiger oder nahezu vollständiger Schonung der gesunden Haut in schmerzloser Weise zerstört wird. Die angeätzten Lupuspartien zeigen sich nach Abhebung der Elektrode excoriirt, gequollen und lassen in den nächsten Minuten eine zähe, wasserhelle, intensiv alkalisch reagirende Flüssigkeit in Form von Tropfen austreten.

Am folgenden Tage sind die zerstörten Partien eingesunken und von einem gelbbräunlich gefärbten Schorfe bedeckt, unter welchem es in der Regel, ohne dass Eiterung wahrnehmbar würde, zur Ausheilung und Ueberhäutung gelangt. Die Aetzung war eine hinreichend tiefe, um die lupösen Einlagerungen vollständig zu zerstören. Die restirenden Narben sind zart und bleiben öfter längere Zeit pigmentirt. Wenn auch die genannte Methode zeitraubender als andere ist und einen grösseren Apparat erfordert, so glaubt Lustgarten doch, dass sie mit Rücksicht auf ihre Schmerzlosigkeit und die Qualität der Aetzung bei einer Krankheit, wie es der Lupus vulgaris ist, deren Behandlung häufige operative Eingriffe erfordert, in praktischer Hinsicht von Bedeutung sein wird.

Docent Dr. **Riehl** bemerkt, dass die elektrolytische Behandlung des Lupus bereits am 20. Jänner 1886 von Docent Dr. Behrend in einer Versammlung der Berliner medicinischen Gesellschaft empfohlen wurde. Dr. Behrend demonstrirte zwei Kranke, bei welchen durch elektrolytische Behandlung serpiginöser Lupus in Narbe umgewandelt worden war. Diese angewendete Methode ist nicht genauer beschrieben worden. Dr. Behrend verwies bezüglich dieser und der erreichten Erfolge auf eine spätere Mittheilung.

Herr Dr. **Ullmann.** Als Ursache der Hundswuth werden in der allerjüngsten Zeit von Fol Micrococcen beschrieben, von welchen auch Pasteur vermuthet, dass sie die wirklichen Erreger der Hundswuth seien. Die Organismen sitzen in der Neuroglia, selten in der Schwann'schen Scheide, Impfungen mit Culturen erzeugen Hundswuth, jedoch nach längerer Incubationszeit. Als Ergänzung zu der von Prof. v. Frisch gebrachten Mittheilung über die Pasteur'sche Impfung ist zu erwähnen, dass die erste Impfung beim Menschen mit einem 14 Tage ausgetrockneten

Rückenmark vorgenommen und allmälig zu einem nur 4 Tage lang getrockneten Rückenmark herunter gegangen wird. Beim Biss durch tolle Wölfe benützte Pasteur eine 2—3malige Injection pro Tag und geht selbst bis auf das stärkste Virus herab.

Um dem Vorwurfe zu begegnen, dass die Tollwuth durch die Impfung hervorgerufen werde, haben sich 4 Aerzte und der Vortragende der Schutzimpfung unterworfen, ohne von einem wuthkranken Thier gebissen worden zu sein. Die Injectionen sind nicht schmerzhaft, am ersten und zweiten Tag ist eine Mattigkeit vorhanden, es tritt eine geringe Infiltration mit Jucken verbunden an der Impfstelle auf.

Bisher hat Pasteur 1115 Personen geimpft, bei einem grossen Theil ist constatirt, dass sie von notorisch wüthenden Thieren gebissen wurden. Aus einem Schreiben Pasteur's geht hervor, dass seit beinahe 7 Monaten, während welcher Zeit die Impfungen vorgenommen werden, in Paris nur eine Person der Wuth zum Opfer fiel, während früher alljährlich bis 15 Todesfälle verzeichnet waren.

Zum Schluss theilt der Vortragende mit, dass ihm ein mit Wuth geimpftes Kaninchen der 114. Passage von Pasteur mitgegeben wurde und ein ähnliches sei auch Prof. v. Frisch übermittelt worden. Ausserdem wird der Vortragende im Einverständnisse mit Pasteur, an der Klinik des Herrn Prof. Albert, die Schutzimpfungen an gebissenen Menschen vornehmen.

Herr Prof. Dr. **Weichselbaum** hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber Aetiologie und pathologische Anatomie der Lungenentzündungen.

Wien, am 28. Mai 1886.

Der Vorsitzende: Prof. Meynert.



Summarischer Bericht über die Sitzung vom 4. Juni 1886.

Vorsitzender: Herr Vicepräsident Hofrath **Meynert**.

Schriftführer: Herr Doc. Dr. **Bergmeister**.

Der Schriftführer verliest ein Schreiben der Vertretung des Curortes Baden, mittelst welchem die k. k. Gesellschaft der Aerzte zur Betheiligung an der feierlichen Eröffnung des neuerbauten Curhauses eingeladen wird.

Herr Prof. **Kaposi** demonstrirt einen Fall von Urticaria pigmentosa; 2. einen Fall von Lichen ruber planus.

Herr Dr. v. **Horoch** stellt eine Kranke von der Klinik Prof. Albert vor, welche an einem Fibrosarcom der Bauchwand operirt wurde.

Herr Prof. **Weichselbaum** setzt seinen angekündigten Vortrag über Aetiologie und pathologische Anatomie der Lungenentzündungen fort.



Programm

für die am Freitag den 11. Juni 1886, Abends 7 Uhr, unter dem Vorsitze des Herrn Prof. **L. Mauthner** stattfindende Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

---

1. Herr Hofrath Prof. **C. v. Braun-Fernwald**: Ueber die Salubrität an der I. Wiener geburtshilflichen Klinik.
2. Herr Dr. **S. Freud**: Ueber männliche Hysterie.

Vorträge haben angemeldet die Herren: Dr. Teleky, Dr. Dalla-Rosa.

Kundrat. Bergmeister.

Herausgeber: **Die k. k. Gesellschaft der Aerzte.** — Für d. Redaction verantwortl.: Prof. **E. Albert.**
Verlag von **Alfred Hölder,** k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.
Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

17. Juni 1886. Nr. 22.

Anzeiger
der
k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Protokoll der Sitzung vom 4. Juni 1886.

Vorsitzender: Herr Vicepräsident Hofrath **Meynert**.

Schriftführer: Herr Dr. **Bergmeister**.

Herr Prof. **Kaposi** demonstrirt einen Fall von Urticaria pigmentosa und einen Fall von Lichen ruber planus.

Herr Assistent Dr. **C. v. Horoch**. Ich erlaube mir, eine Patientin aus der Klinik des Prof. Albert vorzustellen, welche an einem Fibrosarkom der Bauchdecken leidend, am 9. April von Prof. Albert operirt wurde.

Anamnestisch konnte man erfahren, dass die Geschwulst vor zwei Jahren als ein länglicher Strang von Daumendicke in der rechten Regio epi- und mesogastrica vom Proc. xiphoides bis zum Nabel reichend von der Kranken bemerkt wurde. Pat. wurde während der Zeit schwanger und ist vor etwa 8 Monaten von ihrem dritten Kinde glücklich entbunden worden. Die Geschwulst vergrösserte sich allmälig, so dass sie in der Richtung von dem rechten Rippenbogen bis zur Spin. ant. sup. eine Länge von 26 Cm. und eine Breite von 25 Cm. erreichte. Seitlich erstreckte sich die Geschwulst von der Axillarlinie bis an den linken hinteren Rectusrand und ragte mindestens 15 Cm. über das Niveau der Bauchdecken empor. Die Geschwult war von normaler Haut bedeckt und zeigte eine höckerige Oberfläche von derber Consistenz und war besonders nach unten scharf begrenzt. Die Verschiebbarkeit der Geschwulst in horizontaler Richtung war in geringem Grade vorhanden. Dagegen war der Tumor in der Richtung der Rectusfasern gänzlich unbeweglich. Beim Aufsitzen der Kranken konnte man an dem unteren Abschnitte der Geschwulst die über der Geschwulst sich spannenden Muskelfasern genau fühlen.

Am 9. April wurde die Operation von Prof. Albert vorgenommen. Es wurde ein Schnitt entlang der grössten Convexität der Geschwulst geführt, die Haut dann seitlich abpräparirt und versucht, von der Seite den Tumor vom Peritoneum abzulösen, nachdem die Bauchmuskulatur in dem Tumor untergegangen war. Es zeigte sich jedoch, dass das Peritoneum mit dem Tumor innig verwachsen war; es musste nun die Bauchhöhle in der Mittellinie geöffnet, die Muskulatur sammt dem Peritoneum im ganzen Umfange des Tumors mittelst Pinces hämostatiques partienweise gefasst und die Geschwulst abgetragen werden. Um sodann das Hineinfallen der Gedärme zwischen die Haut und die in der noch bestehenden Bauchwand vorhandenen Taschen zu verhindern, wurde das Peritoneum rundherum an die Haut angenäht, die Taschen durch Contraincisionen genau drainirt, die Haut über den fehlenden Bauchdecken vernäht und ein Sublimatverband angelegt. Der Wundverlauf war ein günstiger, zweimal trat eine Temperatur von 39·0 Grad, einmal wegen Verhaltung des Eiters in Folge Verstopfung des Drains ein, das andere Mal in Folge eines Bauchdeckenabscesses. Die Wunden heilten allmälig, so dass die Kranke am 24. Mai geheilt mit einer Bauchbinde entlassen werden konnte.

Der Tumor hatte unmittelbar nach der Herausnahme eine Länge von 30 und eine Breite von 20 Cm., einen Umfang von 50 Cm. und war $4^1/_2$ Kilo schwer; er war auf der Vorderfläche in der Mitte von der adhärirenden Fascia abdom. superf. bedeckt, unter dieser war keine Muskulatur nachweisbar, an den Seiten des Tumors konnte man die Reste der beiden Recti abdom. finden, auf der hinteren Fläche in der ganzen Ausdehnung war das Peritoneum mit dem Tumor innig verwachsen. Die makroskopische, als auch die mikroskopische Untersuchung bestätigte die Diagnose eines Fibrosarkoms.

Der Fall ist von besonderem Interesse, hauptsächlich dadurch, weil Entfernungen des Peritoneums in so bedeutendem Umfange, wie das hier geschah, nur selten nothwendig werden, und factisch selten vorgenommen werden, und auch die Literatur wenige analoge Fälle diesfalls aufweist, wo so bedeutende Excisionen des Bauchfells mit so günstigem Erfolge zur Ausführung gelangten.

Herr Prof. Dr. Weichselbaum hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber Aetiologie und pathologische Anatomie der Lungenentzündungen.

Nachdem der Vortragende zuerst in Kürze die wichtigeren über die Aetiologie der croupösen Pneumonie erschienenen Arbeiten, insbesondere die Arbeiten von Friedländer und A. Fränkel, besprochen hatte, geht er auf die Darstellung seiner eigenen Untersuchungen über, welche vor $2^1/_2$ Jahren begonnen worden waren

und sich nicht blos auf die croupöse Pneumonie, sondern auch auf andere Formen von acuter Lungenentzündung (Splenisation, Lobulärpneumonie, secundäre Pneumonie) erstreckten und ein Material von 127 Fällen umfassen, wobei in 87 Fällen Culturversuche angestellt werden konnten. Hierbei wies W. sowohl mikroskopisch als auf dem Wege der Cultur folgende 4 Arten von Mikroorganismen nach: 1. den Diplococcus pneumoniae, welcher aus länglichen, mitunter auch rundlichen Coccen besteht, die gewöhnlich zu 2, öfters aber auch in kürzeren und mittellangen Ketten angeordnet und von einer meist gut färbbaren Kapsel umschlossen sind; 2. den Streptococcus pneumoniae, welcher aus vorwiegend runden, in kürzeren oder längeren Ketten auftretenden Coccen besteht, somit im mikroskopischen Bilde mit dem Streptococcus pyogenes und erysipelatis übereinstimmt, vorläufig aber von denselben getrennt bleiben soll; 3. den Staphylococcus aureus und albus und 4. den Bacillus pneumoniae, welcher mit dem Friedländerschen Pneumoniecoccus übereinstimmt, aber nach seiner Form zu den Bacillen gerechnet werden muss.

Der Diplococcus pneumoniae, welcher am meisten mit dem von A. Fränkel in 6 Fällen von croupöser Pneumonie gezüchteten Pneumoniecoccus übereinstimmt, wurde am häufigsten (91mal) angetroffen, wovon wieder die meisten Fälle auf die genuine croupöse Pneumonie entfallen.

Der Streptococcus pneumoniae wurde nicht blos bei solchen secundären Pneumonien gefunden, bei welchen der vorhandene Primärprocess durch den Streptococcus pyogenes oder erysipelatis bedingt war, sondern auch bei mehreren primären, lobären und lobulären Pneumonien.

Der Staphylococcus konnte dagegen fast nur in solchen Fällen nachgewiesen werden, in denen bereits im Organismus ein durch den gleichen Spaltpilz verursachter Process bestand.

Der Bacillus pneumoniae wurde schliesslich im Ganzen nur in 9 Fällen gefunden, darunter 6mal auf dem Wege der Cultur.

Die genannten 4 Arten von Pneumoniebacterien, insbesonders der Diplococcus pneumoniae, waren in um so grösserer Zahl in den pneumonischen Lungen vorhanden, je frischer der Process war. Während ferner in der grauen und selbst in der rothen Hepatisation der Diplococcus pneumoniae oft nur spärlich und ohne Kapsel oder überhaupt gar nicht mehr nachzuweisen war, fand er sich um so zahlreicher und in gut färbbaren, mit deutlicher Kapsel versehenen Exemplaren an der Grenze der Infiltration, insbesonders in den ödematösen Partien. Auf dem Wege der Cultivirung konnten die Pneumoniebacterien auch öfters, seltener dagegen mikroskopisch, im Blute und im Milzsafte nachgewiesen werden.

*

In mehreren Fällen von croupöser Pneumonie wurden nicht blos in der Lunge, sondern auch im lockeren, subcutanen, intermusculären oder submukösen Bindegewebe der angrenzenden Regionen (Thorax, Hals, Nebenhöhlen der Nase) entzündliche Veränderungen gefunden und hierbei die gleichen Bakterien nachgewiesen, wie in der Lunge selbst; in 2 Fällen von Meningitis auch in der Pia mater und den Hirnkammern.

Was die Thierversuche betrifft, so wurde an Mäusen, Meerschweinchen, Kaninchen und Hunden mit der 1., 2. und 4. Art der Pneumoniebakterien experimentirt, und zwar mittelst intrathoracischer und subcutaner Injection, ferner mittelst cutaner Impfung am Ohre und endlich auf dem Wege der Inhalation. Gegen die ersten zwei Arten der Pneumoniebakterien reagirten am intensivsten Kaninchen und Mäuse, welche in den meisten Fällen an beiderseitiger Pleuropneumonie mit oder ohne Milztumor zu Grunde gingen.

Die Experimente mit dem Bacillus pneumoniae wichen in ihren Resultaten von denen Friedländer's nur insoferne ab, als auch Kaninchen sich nicht vollständig immun erwiesen.

Die Schlüsse, welche der Vortragende aus seinen Untersuchungen zieht, sind folgende:

1. Die bei den verschiedenen Formen von Lungenentzündungen vorgefundenen Bakterien sind als die Ursache der ersteren anzusehen.

2. Das Virus der Pneumonien ist kein einheitliches, so dass sich letztere hierin den phlegmonösen Processen nähern, mit denen auch noch in anatomischer Beziehung manche Berührungspunkte bestehen.

3. Unsere bisherige Eintheilung der Lungenentzündungen in lobäre und lobuläre, in croupöse und nicht croupöse, hat zwar eine anatomische, aber keine ätiologische Berechtigung. Auch viele von den sogenannten Secundär-Pneumonien sind, ätiologisch betrachtet, einer genuinen Pneumonie gleichwerthig.

4. Der häufigste Erreger der croupösen Pneumonie ist der Diplococcus pneumoniae.

Zum Schlusse bespricht der Vortragende noch die in seinem Laboratorium von Dr. Wolf ausgeführten Versuche über Sputumsepticämie und die Resultate, welche letzterer bei Untersuchung des pneumonischen Sputums in differential-diagnostischer Beziehung erzielt hat. Während des Vortrages wurden die Culturen der oben angeführten Pneumoniebakterien demonstrirt und hierbei auch erwähnt, dass die Cultur des Diplococcus pneumoniae das baldige Erlöschen ihrer Ueberimpfbarkeit mit einer von W. in 5 Fällen von Meningitis



cerebro-spinalis gezüchteten Coccenart gemeinsam hat, deren Culturen ebenfalls demonstrirt wurden.

Wien, am 11. Juni 1886.

Der Vorsitzende: Prof. L. Mauthner.

Summarischer Bericht über die Sitzung vom 11. Juni 1886.

Vorsitzender: Herr Prof. Dr. L. Mauthner.

Schriftführer: Herr Dr. Richard Paltauf.

Herr Prof. Fuchs demonstrirt einen Fall von syphilitischer Geschwulstbildung im Corpus ciliare.

Herr Dr. Maydl demonstrirt einen Kranken, bei dem wegen impermeabler Strictur des Oesophagus die Gastrostomie ausgeführt wurde, nun mit Hilfe der Magenfistel die Sonden-Dilatation versucht wird.

An der sich daran schliessenden Discussion betheiligen sich die Herren Prof. Schrötter, Prof. Weinlechner, Dr. Hacker.

Herr Dr. Hacker demonstrirt ein 10jähriges Mädchen, bei dem er wegen eines Pes calcaneus paralyticus die Transplantation beider Peronealsehnen auf die Achillessehne nach Nicoladoni mit Erfolg ausgeführt hat.

Dr. Maydl macht hiezu eine Bemerkung.

Prof. Weinlechner demonstrirt einen Mann, bei dem er vor Wochen ein bedeutendes Rhinophyma exstirpirt hat.

Hofrath Prof. C. v. Braun-Fernwald hält seinen angekündigten Vortrag über die Salubrität an der I. Wiener geburtshilflichen Klinik.

Wegen der vorgerückten Stunde wird auf Antrag des Vorsitzenden der noch auf der Tagesordnung stehende Vortrag des Herrn Dr. S. Freud von derselben abgesetzt.

Der auf Wunsch einiger Mitglieder in Uebereinstimmung mit dem Secretariat vom Vorsitzenden eingebrachte Antrag, die Sitzungen für die Sommerszeit abzuschliessen, wird angenommen.

Nächste Sitzung im October.

Herausgeber: Die k. k. Gesellschaft der Aerzte. — Für d. Redaction verantwortl.: Prof. E. Albert.

Verlag von Alfred Hölder, k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.

Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.



13. October 1886. Nr. 23.

Anzeiger

der

k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Inhalt: Programm der Sitzung am 15. October 1886.

Programm

für die am Freitag den 15. October 1886, Abends 7 Uhr, unter dem Vorsitze des Herrn Präsidenten Hofrath v. **Bamberger** stattfindende Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

---

1. Herr Dr. **S. Freud**: Ueber männliche Hysterie.
2. Herr Prof. **Latschenberger**: Ueber das Vorkommen des Gallenfarbstoffes in Geweben und Flüssigkeiten bei schweren Thierkrankheiten und seine Entstehungsweise.

Vorträge haben angemeldet die Herren: Dr. Dalla-Rosa, Prof. Puschmann, Prof. Latschenberger.

Kundrat. Bergmeister.

Herausgeber: **Die k. k. Gesellschaft der Aerzte.** — Für d. Redaction verantwortl.: Prof. **E. Albert.**
Verlag von **Alfred Hölder**, k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.
Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

21. October 1886. Nr. 24.

Anzeiger



der

k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Protokoll der Sitzung vom 11. Juni 1886.

Vorsitzender: Herr Prof. **L. Mauthner.**

Schriftführer: Herr Dr. **Rich. Paltauf.**

Herr Prof. **Fuchs** stellt einen Fall von syphilitischer Geschwulstbildung im Auge, und zwar im Corpus ciliare, vor. — Der Patient hat in diesem Winter, wahrscheinlich am 23. Februar, Syphilis acquirirt. Mitte März trat die initiale Sclerose im Sulcus coronarius glandis auf. Gegenwärtig finden wir nebst universeller Drüsenschwellung ein grosspapulöses Exanthem über den ganzen Körper ausgebreitet. Das linke Auge zeigt starke Ciliarinjection und Präcipitate an der hinteren Wand der Hornhaut. An der temporalen Seite wird die Iris durch eine gelbrothe, reich vascularisirte Geschwulst von ihrer ciliaren Anheftungsstelle abgetrennt und gegen die Mitte der Pupille hin verschoben (Iridodialyse). Die Hauptmasse der Geschwulst wird aber erst sichtbar, wenn man schief in die Pupille hineinblickt: dann sieht man hinter der Iris die Geschwulst als halbkugelige Prominenz ziemlich weit gegen die Augenaxe vorragen. — Ausserdem bestehen noch einige hintere Synechien, Glaskörpertrübungen und Hyperämie der Netzhaut.

Es ist kein Zweifel, dass die Geschwulst syphilitischer Natur ist und dass sie aus dem Ciliarkörper ihren Ursprung genommen hat. Sie ist jenen Knoten an die Seite zu setzen, welche bei syphilitischer Iritis in der Iris auftreten.

Diese Form der Iritis wurde ursprünglich als Iritis condylomatosa bezeichnet. Später wurde sie, nach dem Vorgange von Bärensprung allgemein der tertiären Periode der Syphilis zugezählt und demgemäss Iritis gummosa genannt. Erst in der neuesten Zeit hat Widder darauf aufmerksam gemacht, dass nach der Zeit des

Auftretens, nach den begleitenden Erscheinungen und nach dem Verlaufe der Krankheit die Iritis mit Knotenbildung dem secundären Stadium der Syphilis angehöre und daher als Iritis papulosa oder condylomatosa zu bezeichnen sei. Damit soll nicht geleugnet werden, dass, wenn auch als grosse Seltenheit, wahre Gummaknoten in der Iris und im Ciliarkörper vorkommen.

In unserem Falle ist die Geschwulst im Ciliarkörper mit Rücksicht auf den bisherigen Verlauf der Syphilis als ein den Papeln analoges Gebilde zu betrachten. Sehr eigenthümlich ist es, dass die Geschwulst nicht die Iris durchwuchert, sondern gleich einem echten Neoplasma (Sarcom) die Iris zur Seite drängt.

Herr Dr. Maydl stellt einen Fall vor, in dem er bei vorhandener, vor mehreren Monaten angelegter Magenfistel wegen Impermeabilität und Schmerzhaftigkeit der narbig stricturirten Stelle des Oesophagus folgendes Verfahren einschlug: In der Narcose wurde eine dünne engl. Sonde durch die Strictur gebracht und zur Magenfistel herausgeleitet, an deren oberem Ende eine dickere Sonde angebunden und durch die Strictur nachgezogen wurde. Diese blieb 24 Stunden liegen und in derselben Weise wurde eine dickere eingeführt. So wurde alle 2 Tage vorgegangen und in 3 Wochen die Strictur auf Nr. 22 dilatirt. Späterhin während der Dilatation liess man nicht mehr die Sonde in der Strictur liegen, sondern nur einen Leitfaden, der aussen vor der Magenfistel und am Ohr sicher befestigt wurde. Das etwas schmerzhafte Durchführen der dickeren Sondennummern wurde durch Schlucken einer 5% Cocainlösung wesentlich erleichtert.

Prof. Weinlechner nimmt die Priorität der Behandlung von Larynxstricturen mittelst zeitweilig eingeführter Zapfen durch einen im Larynx liegenbleibenden Faden, dessen Enden einerseits durch den Mund, andererseits durch die Fistel nach vorausgegangener Laryngotomie herausgeleitet werden, für sich in Anspruch. Er habe dieses Verfahren bereits im Jahre 1871 im Rudolfsspitale geübt (vide Anzeiger der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, 1878, Nr. 22).

In ähnlicher Weise hat W. eine Strictura oesophagi bei einem 30jährigen Mädchen, welches im Februar 1885 Laugenessenz getrunken hatte, nach Anlegung einer Magenfistel (23. April 1885) durch Einführen und Liegenlassen von elastischen Bougies und dann von Kautschukdrainröhrchen in steigender Dicke behandelt. An die Enden des jeweiligen Röhrchens wurden Fäden gebunden, wovon das eine durch Nase oder Mund, das andere durch die Magenfistel herausgeleitet und fixirt wurde. Mit dieser Behandlung wurde im Juli 1885 begonnen und man hat es auf diese Weise durch das Einführen immer dickerer Röhrchen so weit gebracht,



dass die Kranke endlich flüssige und breiige Substanzen durch das Rohr schlucken konnte, während compacte Speisen durch die Magenfistel beigebracht wurden. Der Plan, die Magenfistel zu schliessen, wurde durch die hochgradige Lungentuberculose, welcher die Kranke vor drei Monaten erlag, vereitelt.

Herr Dr. v. Hacker stellt ein 10jähriges Mädchen vor, bei dem er wegen eines Pes calcaneus paralyticus nach Kinderlähmung die Transplantation beider Peronealsehnen auf die Achillessehne nach der von Nicoladoni angegebenen Methode ausführte. Status praes. vor der Operation: Die rechte untere Extremität gegen die linke um $2^1/_2$ Cm. verkürzt (Distanz von d. Spina a. s. — Malleol. ext.). Oberschenkel beiderseits gleich lang, der rechte etwas schmächtiger; die Verkürzung bezieht sich auf den Unterschenkel, der, wie der Fuss rechts, bedeutend im Wachsthum zurückgeblieben ist. Die Atrophie der rechten Wadenmuskeln sehr auffällig.

Beim Gehen wurde rechts nur die Hackengegend an einer der Insertion der Achillessehne nahe gelegenen Stelle aufgesetzt, dabei knickte der Fuss in starke Dorsalflexionsstellung über, der Fersenvorsprung nach hinten, kaum merklich, die Ferse fast in directer Verlängerung der Tibia stehend. Der Vorfuss stand in starker Pronationsstellung, die Sehne des Peroneus longus etwas über den Malleol ext. luxirt, die Sohle stark ausgehöhlt, das obere Sprunggelenk sehr locker; beim Nachlassen der Muskelcontraction fiel der Fuss durch die Schwere in die fast normale Stellung zurück; active Plantarflexion im Sprunggelenke nicht möglich. Die Prüfung mit dem faradischen Strome erwies die Dorsalflectoren (Tib. antic. Extensor digit. comm., Extensor hallucis) normal erregbar, ebenso die beiden Peronei. Die Wadenmuskeln absolut nicht, die Muskeln an der Planta pedis sehr schwach reagirend.

Da die Eltern des Kindes nicht im Stande sind, demselben einen Stützapparat mit einem die Achillessehne ersetzenden elastischen Zuge anzuschaffen, geschweige denn, denselben dem Wachsthum der Extremität entsprechend, erneuern zu lassen, schien es hier doppelt indicirt, durch einen operativen Eingriff die Gebrauchsfähigkeit des Fusses zu bessern. Da von der Sehnentransplantation, wenn dieselbe gelang, ein viel vollkommeneres Resultat zu erwarten stand als von der Herstellung einer Ankylose durch Verödung des Sprunggelenkes, wie der Erfolg eines ähnlichen, von Prof. Nicoladoni im Jahre 1881 in Wien operirten Falles beweist, wollte H. jedenfalls zuerst diesen Eingriff unternehmen. Die Operation wurde vor etwas mehr als 5 Wochen nach Nicoladoni's Angaben ausgeführt, nur der Hautschnitt statt winkelig im Bogen geführt, da in jenem Falle der Hautzwickel gangränös geworden war. Die Heilung

erfolgte ohne Anstand, der Erfolg ist, obwohl die Kleine kaum eine Woche Gehversuche macht, ein sehr auffallender, indem sie mit dem grössten Theil der Sohle auftritt und den Fuss schon etwas vom Boden abwickelt. Es ist eine geringe active Plantarflexion möglich. Dieselbe ist direct bei elektrischer Reizung der Peronei zu beobachten.

Wenn die Peronei durch Uebung und elektrische Behandlung sich kräftigen, hofft H., dass das Resultat sich noch günstiger gestalten werde und dass der constante Zug an der Ferse, der ja bisher fehlte, sowie die Körperschwere beim Auftreten das ihrige beitragen werden zur Ausgleichung des noch bestehenden Hohlfusses. Wenn wir überlegen, was durch diese sehr einfache Operation der Transplantation der gesund gebliebenen Peronealmuskeln geleistet wird, so werden wir die der Methode zu Grunde liegende geniale Idee anerkennen müssen. Die Peronei, welche kräftige Pronatoren sind, für die Plantarflexion im oberen Sprunggelenke jedoch wenig leisten, werden durch die Ueberpflanzung auf die von der Axe des Sprunggelenkes entferntere Achillessehne zu kräftigen Plantarflectoren, während ihre Wirksamkeit für die Pronation ausgeschaltet wird.

Dr. **Maydl.** Ein Fall, der auf der Klinik des Prof. **Albert** nach **Nicoladoni** operirten Fälle, obwohl unmittelbar nach der Operation sehr gut functionirend, verschlimmerte sich offenbar in Folge der Lösung der Sehnen abermals. Es würde sich demnach vielleicht empfehlen, künftighin die Wunde von der Tiefe durch Granulation heilen zu lassen, damit die feste Narbe um die Nahtstelle die Sehnen dauernd in ihrer Lage fixire.

Herr Prof. **Weinlechner** stellt einen 56 Jahre alten Mann vor, an dem er vor 5 Wochen ein Rhinophyma operirt hat.

Dasselbe stellte eine vorzüglich den Nasenrücken und die Nasenspitze einnehmende kleinhühnereigrosse knollige weiche Geschwulst dar von der gewöhnlichen Kupferfarbe mit den vergrösserten Talgfollikeln und Venennetzen. Nachdem schon früher durch lange Zeit bei dem Potator die Nase rothe Färbung angenommen hatte, begann vor 9 Jahren die Hautverdickung. Schliesslich erreichte die Nase eine Länge von 8 Ctm. und eine Dicke von 4·5 Ctm. Patient hat während der Faschingszeit bei diversen Nasenausstellungen einen 1. und einen 3. Preis errungen. Schliesslich gab aber die Nase zu derartigem Gespötte Anlass, dass er aus kosmetischen Rücksichten die Operation verlangte.

W. operirte in der Weise, dass er in Form eines umgekehrten Kreuzes ┴ die Haut einschnitt, senkrecht und quer Keile ausschnitt, ausserdem aber Gewebe auch subcutan zu beiden Seiten der Schnitte exstirpirte, so dass von der normal dick gemachten



Haut soviel übrig blieb, um das Knorpelgerüste zu bedecken. Nach Stillung der Blutung wurde die Wunde durch Knopfnahthefte vereinigt und es erfolgte zum grössten Theile Heilung per primam. Die Nase ist kleiner geworden und normaler geformt, aber natürlich mit rother Haut bedeckt.

W. zeigt überdies die Photographie eines 71jährigen, mit Acne rosacea behaftet gewesenen Mannes, bei welchem die Knollen auch die Nasenflügel einnahmen. In diesem Falle hat W. im Jahre 1866 in ähnlicher Weise, jedoch mittelst eines Kleeblattschnittes das hypertrophische Gewebe excidirt, so dass die Wunde nach der Vereinigung die T-Form hatte. Diesen Fall hat W. zu einer Zeit, als Hebra noch präsidirte, hier bekannt gegeben. Bei dieser Gelegenheit hat Hebra sein Verfahren, bestehend in einem einfachen Abhäuten der Nase, mitgetheilt. Dieses Verfahren, das vor nicht langer Zeit auch Ollier geübt hat, dürfte wegen der Narbenbildung der Keilexcision und Minirung nachzusetzen sein aus kosmetischen Rücksichten, obgleich es radicaler wirkt.

Herr Hofrath Dr. C. v. **Braun-Fernwald** hält seinen angekündigten Vortrag „Ueber die Salubrität an der I. Wiener geburtshilflichen Klinik."

Der Vorsitzende: Dr. Bamberger.



Summarischer Bericht über die Sitzung vom 15. October 1886.

Vorsitzender: Herr Hofr. Prof. v. **Bamberger.**

Schriftführer: Herr Doc. Dr. **Bergmeister.**

Der Vorsitzende begrüsst die Versammlung und gedenkt mit dem Ausdrucke tiefsten Bedauerns der schweren Erkrankung des Herrn Ehrenpräsidenten Hofr. v. Arlt, sowie des Hinscheidens zweier Mitglieder, der Herren Dr. Theodor Jurie Edl. v. Lavanthal und Sanitätsrath Dr. Flamm. Die Versammlung erhebt sich von den Sitzen.

Der Vorsitzende theilt ferners Dankschreiben von Prof. Korany, Lumnitzer und Hirschler mit, welche für die Wahl zu corresp., resp. Ehrenmitgliedern danken.

Herr Dr. **Grossmann** stellt einen Fall von Lupus des Larynx vor.

Herr Doc. Dr. **Freud** hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber männliche Hysterie.

An der Discussion hierüber betheiligen sich die Herren Prof. Rosenthal, Hofr. Meynert, Hofr. Bamberger und Prof. Leidesdorf.

Herr Prof. Latschenberger hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber das Vorkommen des Gallenfarbstoffes in Geweben und Flüssigkeiten bei schweren Thierkrankheiten und seine Entstehungsweise.

An der Discussion hierüber betheiligten sich Herr Hofr. Prof. Bamberger und der Vortragende.



Programm

für die am Freitag den 22. October 1886, Abends 7 Uhr, unter dem Vorsitze des Herrn Professor Dr. S. Exner stattfindende Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

---

1. Dr. R. Paltauf: Demonstration von Culturen und Präparaten von Rhinosclerom-Bacterien.
2. Doc. Dr. Dalla Rosa: Das Wachsthum des menschlichen Schläfemuskels nach der Geburt nebst Bemerkungen über gewisse anatomische Verhältnisse der menschlichen Schläfegegend.

Vorträge haben angemeldet die Herren: Prof. Puschmann, Dr. M. Hajek.

Kundrat. Bergmeister.

Herausgeber: Die k. k. Gesellschaft der Aerzte. — Für d. Redaction verantwortl.: Prof. E. Albert.
Verlag von Alfred Hölder, k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.
Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

28. October 1886. Nr. 25.

Anzeiger

der

k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Inhalt: Protokoll der Sitzung vom 15. October 1886. — Summarischer Bericht der Sitzung vom 22. October 1886. — Programm der Sitzung am 29. October 1886.

Protokoll der Sitzung vom 15. October 1886.

Vorsitzender: Herr Hofr. Prof. v. **Bamberger.**
Schriftführer: Herr Doc. Dr. **Bergmeister.**

Herr Dr. **Grossmann** stellt einen Fall von Lupus des Larynx vor.

Herr Doc. Dr. **Freud** hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber männliche Hysterie.

Herr Prof. **Rosenthal** bemerkt, dass die Hysteria virilis in ihrem Symptomenbilde mit der in der Neuzeit besser gezeichneten vulgären Hysterie übereinstimme. Die männliche Hysterie wird bereits von Romberg erwähnt. Sie fand sich unter 1000 von Briquet gesammelten Fällen von Hysterie fünfzigmal; der Mann wäre demnach zwanzigmal weniger zur Hysterie disponirt als das Weib. Redner erwähnt ferner, dass er bereits im Jahre 1870 in seinem Handbuche der Nervenkrankheiten einen Fall von Knabenhysterie beschrieb (mit Streckkrämpfen, Aphonie und Rülpsen, Lähmung des M. transversus und spastischen Bewegungen des Oesophagus). Bei einem anderen 18jährigen Manne waren auch Gemüthsbewegungen, Gliederzittern, Zuckungen und Anästhesie an der Vorderseite der Unterextremitäten erweislich. Am Oberkörper allenthalben normale Sensibilität. Aehnliche Formen wurden wiederholt beobachtet. Auch der Traumatismus von Charcot wirke nur als psychischer Shok, die örtliche Verletzung sei meist eine geringfügige.

Noch gestattet sich Redner zur Charakteristik der wenig gewürdigten hysterischen Convulsionen einiges beizufügen. Bei initialen, sich langsamer entwickelnden hysterischen Krämpfen konnte R. beobachten, wie letztere von den Gesichts-, Hals-, Kiefer- und Nackenmuskeln sich über die oberen und unteren Gliedmassen verbreiteten. Bei einem anderen Cyklus folgten auf

oscillirende Rotation des Kopfes Torsionen des Rumpfes und Armkrämpfe. Ein anderesmal gingen die Zuckungen von dem einem Fusse aus, erstreckten sich rasch über Unter- und Oberschenkel, dann auf das andere Bein, auf beide Gliedmassen, auf die Bauchwand, auf die Rumpfmuskeln und Arme; oder der Krampf befiel einen Arm, dann den anderen, hierauf beide, ging auf die unteren Extremitäten, auf die Rumpf-, Nacken- und Gesichtsmuskeln über. Einzelne Muskelgruppen können verschont bleiben; auf scheinbare Pausen mit nur leichtem Gesichts- und Augenzucken erfolgen öfter neue Torsionen des Nackens, des Rumpfes, der Gliedmassen.

Die Erregung geht bei diesen hysterischen Krämpfen demnach, in Uebereinstimmung mit den Experimenten Unverricht's, hauptsächlich von den corticalen Centren aus. Zur Verallgemeinerung der Zuckungen dürften auch die Oblongata und das Rückenmarksgrau beitragen.

Herr Hofr. Prof. **Meynert** betont, dass der Vortrag einen starken Gegensatz zwischen der früheren Auffassung und der Charcot'schen geschaffen. Was die traumatische Hysterie anlangt, so bemerkt M., dass auf den psychiatrischen Kliniken häufig Männer mit psychischen Störungen beobachtet werden, welche an Bewusstlosigkeitszuständen leiden, die sich bis zu epileptischen Anfällen steigern (epileptoide Anfälle). Dabei wird immer nach Traumen geforscht und es erklärt sich in der That die Hauptsumme dieser Fälle durch traumatische Einflüsse. Ob diese Fälle aber diese Regelmässigkeit der Symptome darbieten, wie sie der Vortragende schildert, müsste erst untersucht werden.

Herr Hofr. Prof. **Bamberger** hielt die Eintheilung nach Charcot in grosse und kleine Hysterie nicht für stichhältig. Es giebt schwere Formen von Hysterie, bei denen niemals solche hysterische Krampfanfälle vorkommen, sondern z. B. blos Lähmungen, welche Jahre lang dauern.

Was die männliche Hysterie durch Traumen anlangt, so hält B. die Sache nicht für so eindeutig, da auch hereditäre Belastung mit im Spiele sein könnte. Bei der Railway pain wäre es möglich, dass es sich um Hysterie handelt, doch scheine das sehr zweifelhaft.

Herr Prof. **Leidesdorf** macht aufmerksam auf den schweren Verlauf, welchen solche traumatische Fälle nehmen. Häufig sind es ganz deutlich Erkrankungen des Rückenmarks und Formen von progressiver Paralyse, welche nicht als Hysterie aufgefasst werden können. Dies beweist nicht, dass es nicht solche Fälle giebt, wo der Shok eine Art Hysterie schafft, die einer Heilung zugänglich sind. Ferners macht L. auf Fälle aufmerksam, wo junge Leute ein Schädeltrauma erleiden, bei denen nachträglich eine Reihe von Erscheinungen auftreten, die mit Hysterie nichts gemein haben,

aber dennoch als Folgen der Erschütterung des gesammten Nervensystems aufzufassen sind.

Herr Prof. Dr. **Latschenberger** hielt seinen angekündigten Vortrag: Ueber das Vorkommen des Gallenfarbstoffes in Geweben und Flüssigkeiten bei schweren Thierkrankheiten und seine Entstehungsweise. Zum Nachweis des Gallenfarbstoffes wurde v. Brücke's Modification der Gmelin'schen Probe benutzt, bei welcher oft nach dem Vorgange v. Fleischl's reine Salpeterlösung verwendet wurde. Gewebe und Transsudate sind entweder direct untersucht oder zuerst mit Alkohol übergossen und das alkoholische Filtrat unmittelbar oder nach Zusatz von Wasser mit Barytlösung versetzt und der nach 12—24 Stunden gebildete Niederschlag zur Gmelinschen Probe verwendet worden; oft wurde aus demselben mit Hilfe von Chloroform der Farbstoff in Lösung gebracht und im Verdunstungsrückstande derselbe nachgewiesen. Auch aus dem Blute und dem Harne wurde in ähnlicher Weise ein Barytniederschlag gewonnen und zur Untersuchung verwendet. Die bei Pferden in den Geweben und in serösen Höhlen vorkommenden Transsudate enthalten stets reichliche Mengen von Gallenfarbstoff und fast ausnahmslos grosse Mengen von gelösten Blutfarbstoff; im Blute konnten stets nur Spuren ven Bilirubin nachgewiesen werden, ebenso finden sich in dem Harne icterischer Pferde nur Spuren des Farbstoffes. Es konnten schliesslich aus 6 Liter pleuritischen Exsudate 0·098 Grm. krystallisirtes Bilirubin dargestellt werden. Aus den verschiedenen Beobachtungen musste geschlossen werden, dass der Gallenfarbstoff in den Geweben und serösen Höhlen selbst aus dem Blutfarbstoff hervorgegangen sei.

Hofr. **Bamberger** bemerkt, es wäre interessant gewesen, wenn der Vortragende in diesen Fällen nicht nur nach Gallenstoff, sondern auch nach Gallenharzsäuren gesucht hätte. Dies würde Aufschluss über die Genese gegeben haben. Das Vorhandensein von Gallenharzsäuren würde beweisen, dass der Icterus durch Resorption von Galle entstanden.

Prof. **Latschenberger.** Den Schluss, dass der nachgewiesene Gallenfarbstoff aus dem Darme resorbirt worden sei, lassen die gefundenen quantitativen Verhältnisse nicht zu. Wenn auch der Farbstoff aus dem Darm unverändert aufgenommen würde, so müsste derselbe durch den Blutstrom in die Transsudate überführt werden; es wurden aber stets, auch in den innerhalb mehrerer Stunden ablaufenden Milzbrandfällen, im Blute nur äusserst geringe Spuren von Gallenfarbstoff gefunden, während in den Transsudaten stets reichliche Mengen von Bilirubin vorkommen. Es müsste dem Gallenfarbstoff das Bestreben, die Blutgefässe rascher als alle übrigen Substanzen zu verlassen, oder den Gefässen die secretorische Fähigkeit zuerkannt werden, gerade den Gallenfarbstoff allein aus

dem Blute in die Transsudate abzuscheiden, eine Fähigkeit, welche nicht einmal die Nieren besitzen, da im Harn stets nur Spuren des Farbstoffes gefunden wurden; oder man müsste annehmen, dass durch Resorption Wasser und die übrigen Substanzen des Transsudates entfernt worden sind und der Gallenfarbstoff allein in grösserer Menge in der Lösung zurückgeblieben ist. Es bleibt nur die Annahme übrig, dass der Gallenfarbstoff in den Geweben und serösen Höhlen selbst entstanden ist.

Hofr. **Bamberger**: Der Umstand, dass im Blute keine Gallenfarbstoffe vorhanden, beweist gar nichts. Im Blute eines intensiv Icterischen ist auch nichts nachzuweisen. Auch vom Harnstoffe findet man nichts im Blute. Das Blut hat das Bestreben, sich von solchen Stoffen zu befreien. Der einzig rationelle Weg, die Genese des Gallenfarbstoffes nachzuweisen, wäre der gewesen, den Gehalt der Exsudate auf Gallenharzsäuren zu untersuchen. Die letzteren werden einzig und allein nur von der Leber bereitet.

Wien, den 22. October 1886.

Der Vorsitzende: Sigm. Exner.

Nachtrag. Zum Protokoll der Sitzung vom 11. Juni 1886 ist nachzutragen:

Pag. 144 nach Doc. Dr. Maydl. Prof. **Schrötter** bringt in Erinnerung, dass er seit vielen Jahren ein Verfahren zur Dilatation der Larynxstrictur übt, darin bestehend, dass in aufsteigender Weise Zinnbougies an einem Leitfaden durch die Strictur geführt und in dieser fixirt würden.

Pag. 145 nach Prof. Weinlechner. Dr. **Hacker** bemerkt, dass ihm der von Herrn Colleg. Dr. Maydl vorgestellte Fall deshalb besonders interessant sei, da er beweise, dass der von ihm in der Abhandlung (pag. 15) über die Magenoperationen (vollendet Juli 1885) gemachte Vorschlag wirklich berechtigt gewesen sei.

Dieser Vorschlag bestand darin, nach Anlegung der Magenfistel die Strictur, wenn sie nur für eine ganz dünne Darmsaite durchgängig wird, in der Art zu dilatiren, dass man an der eingeführten Saite ein an ihrem oberen Ende befestigtes dünnes Drainrohr in ausgezogenem Zustande von unten her nachzieht und das elastische Rohr sich dann zusammenziehen lässt. Man kann dann oben mit einem Seidenfaden immer stärkere Sorten anbinden und durchziehen. Er habe dieses Vorgehen deshalb empfohlen, da er durch Einführen eines über ein Fischbeinstäbchen als Mandrin ausgezogenen Nelaton-Katheters (nach Art des von Prof. Dittel für die Urethra angegebenen Instrumentes) bei einer narbigen Strictur einen günstigen Erfolg erzielt habe.

Von dem von Prof. Weinlechner (im Juli 1885) in ähnlicher Weise behandelten Falle habe er erst jetzt erfahren.



Summarischer Bericht über die Sitzung vom 22. October 1886.

Vorsitzender: Herr Prof. Dr. **S. Exner.**

Schriftführer: Herr Prof. Dr. **J. Csokor.**

Herr Dr. **Hochenegg** stellt einen Fall von Actinomykosis in der Bauchhöhle eines Mannes vor.

Herr Prof. Dr. **Csokor** knüpft eine Bemerkung an die Demonstration.

Herr Dr. **Foltanek** demonstrirt ein Präparat, Teratom der Niere.

Herr Dr. **R. Paltauf** hält seinen angekündigten Vortrag über das Rhinosclerom.

Herr Doc. Dr. **Dalla Rosa** hält seinen angekündigten Vortrag über das Wachsthum des menschlichen Schläfemuskels.

Der Bibliothek der k. k. Gesellschaft der Aerzte wurden bis Mitte October folgende Werke gewidmet:

Rosenthal, Prof. Dr. Magenneurose und Magenkatarrh, sowie deren Behandlung. Wien und Leipzig 1886.

Coën, Dr. R. Pathologie und Therapie der Sprachanomalien. Wien und Leipzig 1886.

Felsenreich, Dr. Die Behandlung der Placentarperiode.

Rabl, Dr. J. Zur Behandlung der scrophulösen Leiden. Wien 1886.

Obersteiner, Prof. H. Die Intoxicationspsychosen. Wien 1886.

Bergmeister, Dr. O. Die Intoxicationsamblyopien. Wien 1886.

Kapper, Dr. F. Ueber Cholera in ätiologischer, prophylaktischer und therapeutischer Beziehung. Wien 1886.

Lewandowski, Prof. Dr. R. Ueber die Anwendung der Galvanokaustik in der praktischen Heilkunde. Wien 1886.

Billroth, Dr. Th. Prof. Aphorismen zum „Lehren und Lernen der medicinischen Wissenschaften". Wien 1886.

Schwarz, Dr. J., Die Heilquellen Badens. Wien 1886.

Mraček Dr. Fr. Zur Syphilis der Orbita.

Bum, Dr. A. Ueber locale Anästhesirung.

Adler, Dr. Hans. Beobachtungen und Bemerkungen über das Sehen der Taubstummen. Sep.-Abdruck a. d. klin. Monatsblättern f. Augenheilkunde. 1876. — Die während und nach der Variola auftretenden Augenkrankheiten. Wien 1874. — Zwölf Berichte über die Behandlung der Augenkranken im k. k. Krankenhause Wieden und St. Josef-Kinderspitale. Wien 1874 bis 1885. — Beobachtungen über das Vorkommen von Sehpurpur am kranken und verletzten Menschenauge. — Sep.-Abdrücke: Ueber die elektrolytische Behandlung ständiger Hornhauttrübungen, der Concheu-

rynter; Vortrag über Glioma retinae; Zur Tätowirung der Hornhaut; 74 Fälle von Diphtheritis conjunctivae; Ueber die diphtheritische und croupöse Bindehaut-Entzündung; Ueber die Nothwendigkeit neuer Massregeln gegen die Blennorrhoea neonatorum; Vorstellung von colossalen beiderseitigen, nach marastischen Conjunctivalgeschwüren aufgetretenen Pterygien; „Eduard Jäger"; Mittheilungen über die Entzündung des orbitalen Zellgewebes; Von der Heidelberger Ophthalmologen-Versammlung; Ueber die Nothwendigkeit der Einführung neuer Massregeln zur Bekämpfung der Blennorrhoea neonatorum als Ursache der Erblindung. — Officieller Ausstellungsbericht 1873.

Lorinser, Dr. Fr. Ueber Verhütung von Krankheiten. Wien 1879.

Politzer, Prof. Dr. L. Ueber die Pflege des kranken Kindes. Wien 1879.

Eigner, Dr. A. Ueber Bromismus. Sep.-Abdr.

Unna, Dr. B. J. Ichthyol und Resorcin. Hamburg 1886.

Kraepelin, Prof. Dr. Bernhard von Gudden. Sep.-Abdr.

Seitz, Dr. C. Bacteriologische Studien zur Typhus-Aetiologie. München 1886.

Oesterr. Vierteljahrschrift für wissenschaftliche Veterinärkunde. Jahrg. 1883, 1884, 1885.

Kaufmann, Verletzungen und Krankheiten der männlichen Harnröhre und des Penis. (Band 50 a der deutschen Chirurgie.)

Witzel, Dr. A. Compendium der Pathologie und Therapie der Pulparkrankheiten des Zahnes. Hagen i. W. 1886. — Deutsche Zahnheilkunde. 1. Heft. Hagen i. W. 1886.

Geschichte und Thätigkeit des Gründungs-Comités für den Rudolfiner Verein von 1875—1879; Statut für das m. d. Rud.-Haus verbundene Rudolfinerinnen-Asyl. Wien 1886; Hausordnung für die Pflegerinnen des Rud.-Hauses, Wien 1885; Pflegerinnenordnung des Rud.-Hauses, Wien 1884; Zweiter und fünfter Jahres-Bericht des Rud.-Vereines (1882 und 1885).

Helmholz, H. v. Handbuch der physiol. Optik. 3. Lfrg. Hamburg und Leipzig 1886.

Leuckart, Dr. Rud. Die Parasiten des Menschen. 1. Bd. 3 Lfrg. Leipzig und Heidelberg 1886.

Fritsch, Prof. Dr. H. Die Krankheiten der Frauen. Braunschweig 1886.

Die Poliklinik. Eine Studie. Sep.-Abdr. Wien 1886.

Oesterr.-ung. Vierteljahresschrift für Zahnheilkunde. 2. und 3. Heft. April und Juli 1886. II. Jahrg.

Gruenhagen, Prof. Dr. A. Lehrbuch der Physiologie. 10., 11. und 12. Lfrg. Hamburg und Leipzig 1886.

Caspar, Dr. L. Ein Fall von Divulsion der Harnröhre. Sep.-Abdr.

Labus, Dr. C. Papillom am fünften Luftröhrenknorpel. Sep.-Abdr.

Die Bedeutung des neuen Dörrverfahrens nach amerik. System. Sep.-Abdr.

Dengler P. Der 14. schlesische Bädertag. Reinerz 1886. — Bericht über die Verwaltung des Bades Reinerz. 4. Folge.

24. Jahresbericht des St. Josef-Kinderspitales f. d. J. 1885.

7. General-Bericht der österr. Gesellschaft vom rothen Kreuze. Wien 1886.

Ambro, Dr. J. Denkschrift im Interesse der verlassenen Kinder und hilflosen Mütter. Pressburg 1886.

12. Jahresbericht des Asyl-Vereines der Wiener Univ. 1884/85.

3. Aerztlicher Bericht des städt. öffentl. Krankenhauses in Mödling. 1884/85.

12. Jahresbericht des Mariahilfer Ambulatorium. 1885.

General-Bericht über die Hilfsaction des deutsch. Ritterordens während des serb.-bulg. Krieges. Wien 1886.

New-Yorker med. Presse. Bd. I (1886), Nr. 3, 5, 6; Bd. II (1886) Nr. 1, 2, 3.

Aerztlicher Bericht des öffentl. Bezirks-Krankenhauses Sechshaus. 1885.

Nicoladoni, Prof. Dr. C. Bericht der chirurg. Klinik in Innsbruck. Sep.-Abdr. Innsbruck 1886.

Javorski, Dr. W. Ueber Wirkung, therap. Werth und Gebrauch des neuen Karlsbader Quellsalzes. Sep-Abdr. Wien 1886. — Ueber das Pepton-Suppenpulver. Sep.-Abdr. 1885.

Massini, Virginio. Fisiologia della infanzia e fanciullezza. Genova 1886.

Statistica delle cause di morte nei comuni capolughi di provincia o di circondario .... Anno 1884. Roma 1885.

Movimento degli infermi negli ospedali civili del regno Anno 1883. Roma 1885.

de Capoa, Michele Dr. Le iniezioni ipodermichie di sublimato nella cura della rabbia. Agusto 1886. Napoli 1886.

Harvey, Alexander M. A., M. Dr. On the foetus in utero. London 1886.

Prince David, M. D. Atmospherio purification. (Secondo edition.)

Prince, A. E. Ph. D. M. D. The pulley modification of his limitine tenotomy and dyancement of the rectus operation. New-York 1885.

Manuel Carmona y valle, Dr. Prof. Lecons sur l'étiologie et la prophylaxie de la fièvre jaune. Mexico 1885.

Muñoz, Dr. A. Las inyecciones hipodérmicas. Madrid 1886.

Annual report of the board of regents the smithsonian institution. For the year 1883. Washington 1885.

Proceedings of the american pharmaceutical association at the thirty-third annual meeting. (Septemb. 1885.) Philadelphia 1886.



Comptes rendus des séances et memoires de la société de biologie. (Année 1883.) Paris 1884.

Annali di statistica. Serie 3a. Vol. 1 et 2. Roma 1882/83.

Valerian, George Neyresca Dr. Contributione la studial pelagrei. Bucuresci 1886.

Muñoz, Dr. A. Memoria descriptiva de una epidimia de viruela . . (Madrid 1885.)

Rassegna medico statistica della città di Genova. (Anno 1884.)

Memoires couronnés publiés par l'academie royale de medicine de belgique. Tome VIII. Bruxelles 1886.

Pinheira, Dr. Alf. Annales da academia de medicina do Rio de Janeiro 1885—1886. Rio de Janeiro 1886.

Boletim da academia imperial de medicina do Rio de Janeiro Nr. I.—X. Anno 1885. Nr. 23, 24 Anno 1886.

Société des ingenieurs civils. (Séance du 5. Febrier 1886.)

F. C. Donders en Th. Engelmann. Onderzoekingen gedann in het physiologisch Laboratorium der Utrechtsche Hoogeschool. X. Utrecht 1886.

Twenty-eighth annual report of the nova scotia hospital for insane for the year 1885. Halifax 1886.

Twenty-second annual report of the alumni association . . . for the year 1885/86. Philadelphia 1886.

Forty-third annual report of the managers of the state lunatic asylum at utica, for the year 1885. Albany 1886.

Chicago Medical Times. Vol. XVII. No. 7—11. Chicago 1886.

Neugebauer, L. A. Dr. Przypadek pomyšlnego wyleczenia wynico wania przewlekleyv macicy. Warzawa 1886.

Ospedale Italiano in Buenos Aires. Rendiconto. Amministrativo dati statistici e belazioni corpo medico. Anno 1885. Buenos-Aires 1886.

Beretning om Sund hetstilstanden og Medicinal forholdene i Norgl. Christiania 1886.

Medicinal-Styrelsens underdåniga berättelse för år 1884. Stockholm 1886.

Newmann, Dr. M. Galvano-Cautery in Discases of the Prostate Bladder and Methra. Chicago 1886.

Angeschafft wurden:

Stricker, Prof. Dr. S. Studien über das Bewusstsein. Wien 1879.

Rossbach, Prof. Dr. M. J. Cholera indica und Cholera nostras. Leipzig 1886.

Duplicaten-Verzeichniss:

Amussat, Dr. A. Fils. Memoires sur la Galvanocaustique thermique. I. Bd. 8°. Paris 1876.



Abercrombie, Dr. Joh. Ueber die Krankheiten des Gehirns und des Rückenmarks. I. Bd. 8°. Bonn 1821.

Annales des maladies de l'oreille, du larynx etc. 1877. 7 Hefte.

Andral, Prof. Dr. M. Traité de l'Auscultation. 3 Bde. 8°. Paris 1837.

Archiv, deutsches, für klinische Medicin. 28 Bde. 6. Heft. 1 Heft. 8°. Leipzig 1881.

Archiv für mikroskopische Anatomie. 7. Bd. 1. Heft und 15. Bd. 4. Heft. Leipzig 1870 und 1878.

Albert, Prof. Dr. Ed. Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre. 1., 2., 6. und 7., 8. und 9., 10. und 11., 12. und 13. Heft. Wien 1877/78.

Albert, Prof. Dr. Ed. Beiträge zur operativen Chirurgie. 1. Heft. 8°. Wien 1878.

Barnes, Joseph K. The medical and surgical History of the war of the Rebellion 1861—65. 2 Bde. Folio. Washington 1870.

Beigel, Prof. Dr. Hermann. Die Krankheiten des weiblichen Geschlechtes. 1. Bd. 8°, mit 1 lithographirten, 4 colorirt. Taf. und 226 Holzschnitten. Erlangen 1874.

Böhm, Prof. Dr. Carl. Therapie der Knochenbrüche. 1. Thl. mit 150 Holzschn. 1 Bd. 8°. Wien 1869.

Binder, Dr. F. H. Neue Beobachtungen über die Bewegungen des weichen Gaumens und über den Geruchsinn. Mit 1 lithogr. Tafel. 1 Bd. 4°. Dorpat 1838.

Ballestreri, F. M. Sulla Dieta Lattea nelle mallatie giudicate incurabili. 2 Exempl. je 1 Heft. 8°. Milano 1871.

Beigel, Prof. Dr. Hermann. Klinik der Gebärmutter-Chirurgie mit besonderer Berücksichtigung der Behandlung der Sterilität. 3. Aufl. 1 Bd. 8°, mit 152 Holzschnitten. Erlangen 1873.

Brandes, Dr. Gust. Die Irrencolonien im Zusammenhang mit den ähnlichen Bestrebungen auf dem Gebiete der Armen- und Waisenpflege. 1 Heft. 8°. Hannover 1865.

The Cholera epidemie of 1873 in the United States. Washington 1875. 1 Bd. 8°.

Croco, Dr. J. De l'action thérapeutique et de Applications pratiques au Nitrate agide d'argent. 1 Heft. 8°. Brucelles 1858.

Corti, Dr. Alphonso. De systemate vasorum psammosauri Grisei. 1 Heft. Folio. Wien 1847.

Cooper's, Theoretisch-praktische Vorlesungen über Chirurgie. 6 Hefte. 8°. Leipzig 1836.

Clark, Dr. James. Der Einfluss des Klimas auf die Verhinderung und Heilung chronischer Krankheiten. 1 Heft. 8°. Weimar 1830.

Celsus A. Corn. De Medicina libri octo. Editio occurata. Biponti CIƆIƆCCLXXXVI.



Crocq, Dr. Compte rendu des travaux relaties aux sciences anatomiques et physiologiques à la Physique et à la Chimie médicales pendant la periode 1841—1866. 1 Heft, 8°. Bruxelles 1867.

Crocq, Dr. J. Étude sur l'Ophthalmie contagieuse dite militaire. 1 Heft. 8°. Bruxelles 1859.

Carus, Dr. Carl Gustav. Lehrbuch der vergleichenden Zootomie. 2 Bde. 8°. Leipzig 1834.

Centralblatt für Chirurgie. Jahrgang 1875.

Cowper Gicilielmo, Anatomia corporum humanorum, mit 114 Tafeln. 1 Bd. Folio. 1739.

Derby, Dr. Hosket. Anaesthesia and Non-Anaesthesia in the Extraction of Cataract. 1 Heft. 8°. Cambridge 1882.

Danzel, Dr. A. F. Herniologische Studien. 1 Heft. 8°. Göttingen 1854.

Dietl, Dr. Josef. Anatomische Klinik der Gehirnkrankheiten. 1 Bd. 8°. Wien 1846.

Fétis, F. J. Antoine Stradivari Lutrier célèbre connu sous le nom de Stradivarius précédé de recherches historiques et critiques sur l'origine et les transformations des instruments à archet . . . . 1 Bd. 8°. Paris 1856.

Frank Josef. Praxeos medicae universae praecepte. 5 Bde. 8°. Lipsiae 1818.

Huxhamus, Dr. Joannis. Opera phisico-medica. 2 Bde. 8°. Lépsiae 1774.

Hooper, Dr. F. H. Experimental researches on the tension of the vocal bands. 1 Heft. 8°. Boston.

Hacker, Dr. V. R. v. Anleitung zur antiseptischen Wundbehandlung. 1 Heft. 8°. Wien 1883.

Heister, Prof. Dr. L. Medicinische, chirurgische und anatomische Wahrnehmungen mit Kupferstichen. 1 Bd. IV. Rostock 1753.

Jilek, Dr. Aug. R. v. Ueber das Verhalten des Malariafiebers in Pola. 1 Heft. 4°. Wien 1881.

Jörg, Dr. Joh. Christ. Gottfr. Ueber die Verkrümmungen des menschlichen Körpers. 1 Bd. 4° mit 6 Taf. Leipzig 1810.

Kern, Dr. Vincenz, R. v. Abhandlung über die Verletzungen am Kopfe und die Durchbohrung der Hirnschale. 1 Bd. IV. Wien 1829.

Künstle Guido. Ophthalmologisches aus der Zeit Albrechts v. Haller. 1 Heft. 8°. München 1878.

Lieutaud, Josef. Synopsis universae praxeos medicae. 1 Bd. 4°. Amsterdam 1765.

Mauthner, Prof. Dr. Ludwig. Vorlesungen über die optischen Fehler des Auges. II. Abthlg.: Specieller Theil. Mit 46 Holzschnitten und 1 Taf. Wien 1876.



Mojsisovics, Dr. Georg. Darstellung der Acquilibrial-Methode zur sicheren Heilung der Oberschenkelbrüche ohne Verkürzung. 1 Bd. Wien 1842.

Pasteur, Prof. Dr. Du Dogmatisme scientifique e de l'usage q'on en pen faire. 1 Heft. 8°. Turin 1883 . . in duplo.

Pasteur, Prof. Dr. Profilassi della Rabbia Canina. 1 Heft. 8°. Catanina 1884.

Proksch, Dr. J. K. Die Vorbauung der venerischen Krankheiten. 1 Bd. 8°. Wien 1872.

Pinel, Prof. Dr. Ph. Philosophisch-medicinische Abhandlung über Geistesverirrungen oder Manie. Uebers. von Dr. Mich. Wagner. 1 Bd. 8°. Wien 1801.

Reliquet, Dr. La Lithotritie doit être faite sans Traumatisme. 1 Heft. 8°. Paris 1882.

Reliquet, Dr. De la Lithotritie rapide. 1 Heft. 8°. Paris 1882.

Rosenmüller, Prof. Dr. Johann Christ. Handbuch der Anatomie des menschl. Körpers. 1 Bd. 8°. Leipzig 1828.

Rotterau, Dr. Fr. A. Kiwisch R. v. Klinische Vorträge über specielle Pathologie und Therapie der Krankheiten des weiblichen Geschlechts. 1 Bd. 8°. Prag 1845.

Rudtorffer, Franz Xav. Edler v. Tabulae armamentarii chirurgici selecti oder Abbildung der vorzügl. älteren und neueren chirurg. Instrumente. 1 Bd. Folio. Wien.

Schmaltz, Dr. Eduard. Ueber die Taubstummen und ihre Bildung. 1 Bd. 8°. Dresden 1838.

Schuh, Prof. Dr. Franz. Ueber die Erkenntniss der Pseudoplasmen. 1 Bd. 8°. Wien 1851.

Sanitätsdienst im Kriege des souv. Maltheser-Ritter-Ordens. 1 Bd. 8°. Wien 1879.

Störck, Ant. Libellus de usu medico Pulsatillae nigricantis. 1 Bd. 8°. Wien 1771.

Siebold, Dr. Elias v. Handbuch der Erkenntniss und Heilung der Frauenzimmerkrankheiten. 3 Bde. 8°. Frankfurt a./M. 1826.

Sylvii Francisci Deleboe. Opera medica. 1 Bd. 4°. 1695.

Stadler Rudolf. Die Wasserversorgung der Stadt Wien in ihrer Vergangenheit und Gegenwart. Denkschrift. 1 Bd. 8°. Wien 1873.

Societas medicorum Bohemorum. Joanni Ev. Purkyné. 1 Heft. 4°. Prag 1868.

Schmidt, Dr. J. Ad. Commentarius de Nervis lumbalibus eorumque plexu anatomico patalogicus. 1 Bd. 4°. Wien 1794.

Tiene, Dom. Storia del Tifo contagioso. 1 Bd. 8°. Vicenca 1812.

Transaction of the American ophthalmological Society. 2 Hefte. New-York 1871 und 79.

Ulrich, Dr. F. Ueber Lebensrettung bei Asphyxie nach Chloroform- oder Aethereinathmung. 1 Heft. 8°. Wien 1858.



Virchow, Prof. Dr. Rud. Handbuch der spec. Pathologie und Therapie:

1. Hautkrankheiten von Hebra und Kohn. 1 Bd.
2. Krankheiten der Bronchien und des Lungenparenchyms von Biermer. 2 Bde.

Volz, Dr. Adolf. Die durch Kothsteine bedingte Durchbohrung des Wurmfortsatzes, die häufig verkannte Ursache einer gefährlichen Peritonitis und deren Behandlung mit Opium. 1 Heft. 8°. Carlsruhe 1846.

Weber, Wilhelm und Eduard. Mechanik der menschlichen Gehwerkzeuge. 1 Bd. 8°. Göttingen 1836.

Willems, Prof. Dr. Nouvelles recherches sur la Pleuropneumonie exudative de l'Espece Bovine et sur l'inoculation préventive de cette maladie. 1 Heft. 8°. Bruxelles 1880.

Wenzel, Dr. Carl. Ueber die Krankheiten am Rückgrate. Mit 8 Kupfertafeln. 1 Bd. Folio. Bamberg 1824.



Programm

für die am Freitag den 29. October 1886, Abends 7 Uhr, unter dem Vorsitze des Herrn Prof. **L. Mauthner** stattfindende Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

---

1. Herr Prof. **Puschmann**: Mittheilungen über Fragmente aus Philumenus und Philagrius und eine von mir entdeckte Handschrift über Augenkrankheiten.
2. Herr Dr. **M. Hajek**: Ueber das Verhältniss des Erysipels zur Phlegmone.

Vorträge haben angemeldet die Herren: Prof. Exner, Prof. Kundrat.

Kundrat. Bergmeister.

Herausgeber: **Die k. k. Gesellschaft der Aerzte.** — Für d. Redaction verantwortl.: Prof. **E. Albert.**
Verlag von **Alfred Hölder**, k. k. Hof- und Universitats-Buchhändler in Wien.
Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

4. November 1886. Nr. 26.

Anzeiger

der

k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Protokoll der Sitzung vom 22. October 1886.

Vorsitzender: Herr Prof. Dr. S. Exner.

Schriftführer: Herr Prof. Dr. J. Csokor.

Herr Assistent Dr. Hochenegg stellt einen Fall von Actinomycosis in der Bauchhöhle eines Mannes vor. Vor einem Jahre erlitt der 43jährige Patient (nach seinem Gewerbe ein Hufschmied) ein Trauma, indem ihm ein schwerer Hammer auf die rechte Regio hypogastrica fiel. Nach 14 Tagen erholte sich der Patient, bekam jedoch nach drei Monaten eine Schwellung in der Unterbauchgegend und wurde arbeitsunfähig. Drei Tage vor seinem Eintritte in das Spital öffnete sich am Nabel eine Fistel, die Eiter secernirte, in welchem die charakteristischen Körner des Strahlenpilzes vorgefunden wurden. Gegenwärtig magert der Mann zusehend ab, in der Mundhöhle fehlen einige Zähne, andere sind cariös. Weder am Kiefer, noch in der Halsgegend konnte eine Geschwulst nachgewiesen werden. Die Verhältnisse des Thorax sind normal und das spärliche Sputum pilzfrei. — In der Bauchhöhle ist ein grosser, auf seiner Unterlage unbeweglicher Tumor zu constatiren; die Haut über demselben ist verschiebbar. Oberhalb der Prostata fühlt man eine diffuse Resistenz, die wahrscheinlich schon vom Tumor herrührt; Fäces und Urin zeigen nichts Abnormes. — Das erwähnte Trauma mag zu einer adhäsiven Peritonitis und diese zur Bildung der derben Schwiele geführt haben, in welche vom Darme aus der Actinomyces-Pilz einwanderte. In Bezug auf die günstigen Resultate der operativen Eingriffe wird man es versuchen, den ganzen Tumor zu exstirpiren oder wenigstens das Krankhafte durch ausgiebiges Excochleiren zu entfernen.

Herr Prof. Dr. Csokor erwähnt zur Ergänzung der Literatur des Strahlenpilzes zwei Fälle eigener Beobachtung von Actinomy-

cosis des Samenstranges bei Thieren und citirt ähnliche Fälle aus der Literatur, welche in Folge von Castrationen beobachtet wurden.

Herr Assistent Dr. **Foltanek** demonstrirt ein Teratom der Niere, von einem im St. Anna-Kinderspitale an einer Pneumonie verstorbenen Kinde herrührend. Das Gebilde, welches die betreffende Niere wenig veränderte, enthält zahlreiche grosse Cysten, welche einen eiterigen, einen serösen und theilweise auch einen hämorrhagischen Inhalt aufweisen. Die Cystenräume sind mit Flimmer- und mit Cylinder-Epithel ausgekleidet. Die klinische Diagnose lautete auf ein Sarcom der Niere.

Herr Assistent Dr. **R. Paltauf** berichtet über seine gemeinschaftlich mit Dr. A. Freih. v. Eiselsberg vorgenommenen Reinzüchtungen der Rhinosclerombacterien; in Uebereinstimmung mit Frisch*, Cornil und Alvare fanden die beiden Untersucher constant im Gewebssaft und in gehärteten Schnitten ovale Coccen und kurze Bacillen, die von einer tingirbaren Kapsel umhüllt sind. Dieselben wurden in 6 Fällen reingezüchtet, sie gedeihen auf der gebräuchlichen Nähr-Gelatine und Agar, Blutserum und Kartoffeln und zeigen hierbei grosse Aehnlichkeit mit den Culturen der Friedländer'schen Pneumoniebacterien, wie auch die demonstrirten Culturen auf Gelatine und Kartoffeln es zeigten; sie unterscheiden sich jedoch constant in der Virulenz. Die Rhinosclerombacterien sind pathogen für Mäuse, in geringerem Grade für Meerschweinchen, Kaninchen sind refractär; sie erzeugen Entzündungen der serösen Häute und des Zellgewebes je nach der Art der Impfung. Einen dem Rhinosclerom ähnlichen Process zu erzeugen ist nicht gelungen. Wegen des oft sehr zahlreichen und constanten Vorkommens der Bacterien im Rhinoscleromgewebe sind sie trotzdem als die Krankheitserreger anzusprechen.

Herr Dr. **v. Eiselsberg** demonstrirte unterdessen zugehörige mikroskopische Präparate von Rhinosclerom-Culturen und von Impfthieren.

Herr Doc. Dr. **Dalla Rosa.** Das Wachsthum des menschlichen Schläfemuskels steht unter dem Einflusse des Wachsthums der Stirnschädelkapsel, welcher der Muskel in topischer und desjenigen des Kaugerüstes, welchem er in functioneller Hinsicht angehört, und da der Gehirn- und Gesichtstheil des Kopfes in ihrer Vergrösserung durchaus nicht einander gleichen Schritt halten, so ist auch für den Temporalis ein gleichmässiger Wachsthumsgang von vorneherein nicht zu erwarten. Es lässt sich für diesen Muskel folgendes Wachsthumsgesetz formuliren: Von der Geburt bis zum Abschlusse der ersten Dentitionsperiode findet ein gleichmässig fortschreitendes Flächenwachsthum des Schläfemuskels statt, von da bis zum Ende der zweiten Dentition lässt sich mit dem Durchbruche eines jeden Mahlzahnes eine beträchtliche Flächenzunahme

des Schläfemuskels constatiren, während den grossen Zeitintervallen, welche die beiden Dentitionsperioden, sowie den Durchbruch der einzelnen Volarzähne von einander trennen, ein verhältnissmässig sehr geringes Flächenwachsthum des Temporalmuskels zukommt.

Bis zum Beginne des Zahnwechsels entspricht das Flächenwachsthum des Temporalis lediglich der Vergrösserung seiner knöchernen Unterlage (adäquates Wachsthum), von da an macht sich nebstdem eine vom Wachsthum der Schädelkapsel unabhängige Vergrösserung des Schläfemuskels geltend, indem der letztere seine Insertionsgrenzen an der Seitenwand des Schädels allmälig weiter hinausschiebt (progressives Wachsthum). Indem die zackige Kranznaht und die Crista retrotemporalis der Schläfeschuppe die gleichmässige progressive Ausbreitung des Schläfemuskels hemmen, so kommen die Knickungen zustande, welche die Lin. tempor. inf. an der Ueberbrückungsstelle der Kranz- und Schuppennaht häufig aufweist, und da diese Knickungen verhältnissmässig spät auftreten und beim Manne häufiger und in der Regel stärker ausgebildet sind als beim Weibe, so beweisen sie einerseits, dass das progressive Wachsthum des Schläfemuskels unter Umständen sehr lange, ja selbst bis in's Alter der Reife fortdauert, andererseits, dass dasselbe beim Weibe minder intensiv ist und früher aufhört als beim Manne, so dass der weibliche Schläfemuskel sich ebenso wie der weibliche Schädel als eine Mittelstufe zwischen dem kindlichen und dem männlichen betrachten lässt.

Die von Hyrtl entdeckte Lin. tempor. sup. entspricht der peripheren Grenze eines das Schläfemuskelfeld umkreisenden Streifens der Schädelaussenfläche, welchen D. R. als die „circummusculäre Schläfenzone" bezeichnet. Diese Zone verdankt einer reichlicheren Knochenauflagerung ihr compacteres Gefüge, ihre grössere Glätte und ihren stärkeren Glanz, sowie das oft erhöhte Niveau über die angrenzende Schädelaussenfläche. Sie wird von schwachen Ausstrahlungen der Fasc. tempor. eingenommen, welche auf die ehemalige grössere Ausdehnung des menschlichen Schläfemuskels an der Schädelwand hinweisen.

Ausserdem findet aber an der peripheren Grenze der circummusculären Schläfenzonen eine festere Verbindung der Galea mit der Schädelwand statt — eine Verbindung, welche durch lamellöse Bindegewebszüge bewerkstelligt wird, die von der Innenfläche der Galea zur Schädelwand im ganzen Umkreise des Planum temp. emporsteigen. Dadurch zerfällt der grosse subgaleotische Spaltraum in einen mittleren, von der Stirne bis zum Hinterkopf reichenden und zwei seitliche, an den Schläfen gelegene. Die letzteren finden nach vorne an einer schrägen Linie ihren Abschluss, welche etwa vom Proc. zygomat. des Stirnbeins zum Tragus herabzieht. Es sind

*

das Verhältnisse, welche auch in praktischer Beziehung, nämlich mit Rücksicht auf die Ausbreitung von pathologischen Ergüssen unter der Galea, eine gewisse Beachtung wohl beanspruchen dürften.

Wien, den 29. October 1886.

Der Vorsitzende: L. Mauthner.

Summarischer Bericht über die Sitzung vom 29. October 1886.

Vorsitzender: Herr Prof. Dr. **L. Mauthner.**

Schriftführer: Herr Prof. **Rich. Paltauf.**

Herr Prof. **Hofmokl** stellt einen Fall geheilter traumatischer intra- und extraperitonealer Blasenruptur vor.

Herr Dr. **Weiser** berichtet über gelungene Versuche, erkrankte Zahnpulpen mittelst der Elektrolyse zu zerstören.

Herr Prof. **Puschmann** hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber Fragmente aus Philumenus und Philagrius und eine von ihm entdeckte Handschrift über Augenkrankheiten.

Da Herr Dr. **Hajek** für seinen Vortrag eine Stunde benöthigt, so meint der Vorsitzende wegen der vorgerückten Stunde den Vortrag zu verschieben, wohl aber möge Dr. Hajek die zu seinen demonstrirten Präparaten nöthigen Erläuterungen geben. Auf Wunsch der Versammlung hält Herr Dr. Hajek einen Theil seines angekündigten Vortrages über Erysipel und Phlegmone.

Programm

für die am Freitag den 5. November 1886, Abends 7 Uhr, unter dem Vorsitze des Herrn Präsidenten Hofrath **Bamberger** stattfindende Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

1. Herr Dr. **M. Hajek**: Ueber das Verhältniss des Erysipels zur Phlegmone. (Fortsetzung.)
2. Herr Prof. **Exner**: Ueber die neueren Forschungsresultate, die Localisation in der Hirnrinde betreffend.

Vorträge haben angemeldet: Herr Prof. Kundrat.

Kundrat. Bergmeister.

Herausgeber: **Die k. k. Gesellschaft der Aerzte.** — Für d. Redaction verantwortl.: Prof. **E. Albert.**
Verlag von **Alfred Hölder**, k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.
Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.



11. November 1886. Nr. 27.

Anzeiger

der

k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Protokoll der Sitzung vom 29. October 1886.

Vorsitzender: Herr Prof. Dr. L. **Mauthner.**

Schriftführer: Herr Dr. Rich. **Paltauf.**

Herr Prof. Dr. **Hofmokl** stellt einen durch Laparotomie mit nachfolgender Blasennaht geheilten Fall von Harnblasenruptur vor. Der Kranke K. L., 27 Jahre alt, Steinmetz, zog sich diese Verletzung, nebst complicirter Fractur des rechten Vorderarmes und Zerreissung der Symphysis oss. pubis im berauschten Zustande zu, durch einen Sprung vom 2. Stock.

Ungefähr 10 Stunden nach dem Sturze wurde die Laparotomie ausgeführt und ein extra- und intraperitonealer Riss der Harnblase nebst Zerreissung der Symphys. oss. pubis constatirt. Naht des intraperitonealen Risses mit Carbolseide. Dauercatheter. In Folge später eingetretener starker Cystitis und Urethritis wurden häufige Ausspülungen der Blase und Urethra vorgenommen mit Carbol, Sublimat, zuletzt mit Resorcin und Nitras argenti. Nach 16 Tagen Weglassen des Dauercatheters. Der Verlauf war Anfangs fieberhaft, später fast afebril. Im weiteren Verlauf trat Pleuritis dext. ein, die jedoch bald günstig verlief. Nach fünfmonatlichen Aufenthalte im Krankenhause Rudolfspital wurde der Kranke vollkommen geheilt entlassen.

Gegenwärtig (7 Monate nach der Verletzung) sieht der Kranke sehr gut aus, kann seinen Urin 6—8 Stunden halten und fühlt auch von Seiten seiner Knochenverletzungen gar keine Beschwerden.

Der Fall ist bereits ausführlich mitgetheilt in der Wiener Med. Presse, 1886, Nr. 36, 37 und 38.

Zahnarzt med. un. Dr. Rudolf Weiser berichtet über seine in Gemeinschaft mit Zahnarzt Dr. Franz Klug in 23 Fällen versuchte und geglückte Methode, erkrankte Pulpen von Schneide-, Backen- und Mahlzähnen, welche sich für die conservative Behandlung nach Witzel nicht eigneten und wegen aussergewöhnlicher Enge der Pulpa-Canäle durch Extractoren nicht entfernen liessen, durch Elektrolyse zu zerstören. Er bedient sich bei diesem Verfahren nach dem Rathe des Herrn Dr. Julius Wagner von Janregg einer feinen Stahldraht-Anode, setzt die Kathode bei oberen Zähne aussen auf die Wange, bei unteren auf das Kinn und verwendet einen constanten Strom von 2 Milli-Ampères.

Herr Prof. Puschmann hält seinen angekündigten Vortrag über Fragmente aus Philemenus und Philagrius und eine vom ihm entdeckte Handschrift über Augenkrankheiten.

Herr Dr. Hajek beginnt seinen Vortrag über Erysipel und Phlegmone.

Wien, am 5. November 1886.

Der Vorsitzende: Prof. Bamberger.



Summarischer Bericht über die Sitzung vom 5. November 1886.

Vorsitzender: Herr Hofr. v. Bamberger.

Schriftführer: Herr Dr. Bergmeister.

Der Vorsitzende theilt eine Zuschrift der kais. Akademie der Wissenschaft mit, in welcher die Aufmerksamkeit der k. k. Gesellschaft der Aerzte auf die im Anzeiger Nr. XIX der kais. Akademie genannten Publicationen über den Charakter, die Ausbreitung und bisherige Behandlung der Leprosis auf den Sandwichs-Inseln gelenkt wird.

Der königl. Hawaiische Consul hat sich bereit erklärt, jenen Fachgelehrten, welche sich für den Gegenstand interessiren, Freiexemplare zukommen lassen zu wollen.

Das Secretariat der Gesellschaft übernimmt die Vermittlung in dieser Angelegenheit.

Ferners theilt der Vorsitzende eine Zuschrift des Organisations-Comités des internat. Congresses für Hygiene und Demographie mit, in welcher die k. k. Gesellschaft der Aerzte aufgefordert wird, das Organisations-Comité durch Entsendung von 2—3 Vertretern zu verstärken.

Ueber Vorschlag des Vorsitzenden werden die Herren Prof. Ludwig und Dr. Kratschmer mit dieser Vertretung betraut.

Herr Prof. Weinlechner demonstrirt: 1. Eine Frau, bei welcher er wegen einer Kropfgeschwulst die Art. thyroid. superior unterbunden; 2. einen Knaben, den er wegen angeblicher Epispadie nach dem Verfahren von Tiersch operirte.

Herr Doc. Dr. Herz demonstrirt einen Fall von Hemiatrophia facialis progressiva.

Herr Dr. M. Hajek setzt seinen in der letzten Sitzung begonnenen Vortrag fort.

Anknüpfend an diesen Vortrag entspinnt sich eine Discussion, an der sich Herr Dr. v. Eiselsberg und der Vortragende betheiligen.

Der k. k. Gesellschaft der Aerzte sind neuerdings folgende Werke gewidmet worden:

Mauthner, Dr. Prof. Ludwig. Die ursächlichen Momente der Augenmuskellähmungen. Wiesbaden 1886.
Eigner, Dr. Anton. Ueber Pneumothorax subphrenicus. (Sep.-Abdr.). Wien 1886.
Hillischer, Dr. H. Th. Ueber die allgemeine Verwendbarkeit der Luftgas-Sauerstoffnarcosen in der Chirurgie. Wien 1886.
Milton, Dr. M. Josiah Roberts. The exploration, excavation and illumination of the interior of bones in any part of the body.
Bericht des k. k. Krankenhauses Wieden vom Jahre 1885. Wien 1886.
Fifteenth annual report of the Local Government board 1885/86. London 1886.
Neugebauer, Dr. A. Von den alten chirurgischen und gyniatrischen Instrumenten (russisch). Warschau 1884.
Festschrift des Vereines der Aerzte in Krain. Laibach 1886.

Angeschafft wurden:

Oertel, Zusätze und Erläuterungen zur allgemeinen Therapie der Kreislaufstörungen. Leipzig 1886.
Verhandlungen des Congresses für innere Medicin. Fünfter Congress (1886). Wiesbaden 1886.
Binz, Prof. Dr. C. Grundzüge der Arzneimittellehre. Neunte Auflage. Berlin 1886.

Programm

für die am Freitag den 12. November 1886, Abends 7 Uhr, unter dem Vorsitze des Herrn Hofrathes Prof. **Widerhofer** stattfindende Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Herr Prof. **S. Exner**: Ueber neuere Forschungsresultate, die Localisation in der Hirnrinde betreffend.

Vorträge haben angemeldet die Herren: Dr. Zemann, Dr. Riehl, Prof. Kundrat, Dr. Teleky, Prof. v. Fleischl.

Kundrat. Bergmeister.

Herausgeber: **Die k. k. Gesellschaft der Aerzte.** — Für d. Redaction verantwortl.: Prof. **E. Albert.**
Verlag von **Alfred Hölder,** k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.
Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

13. November 1886. Nr. 28.

Anzeiger
der
k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Protokoll der Sitzung vom 5. November 1886.

Vorsitzender: Herr Hofr. v. Bamberger.
Schriftführer: Herr Dr. Bergmeister.

Prof. **Weinlechner** stellt eine Kranke vor, bei welcher er wegen Struma beide Art. thyreoideae superiores mit gutem Erfolge unterbunden hat. Die 33 Jahre alte Malersgattin G. litt seit der frühesten Kindheit gleich ihren übrigen Familiengliedern an Kropf, welcher seit einem Jahre, insbesondere rechterseits, rasch gewachsen ist. Bei der Aufnahme an der ersten chirurgischen Abtheilung zeigten sich an der vorderen Halspartie zwei Geschwülste, von welchen die rechtsseitige etwas über mannsfaustgross war, nach oben bis zum Zungenbeine, hinten bis zur äussersten Grenze des verbreiterten Kopfnickers, abwärts bis zum Schlüsselbeine reichte und die sehr grosse und stark gespannte Carotis bis hinter den Kopfnicker verdrängte.

In der elastischen Geschwulst fühlte man einzelne derbe, höckerige Vorsprünge, sie überragte die Medianlinie und war an die etwas kleinere linksseitige Geschwulst angedrängt, so dass der Isthmus schmächtig zu sein scheint. Die Art. thyreoideae superiores steigen an der oberen Begrenzung der Kropfgeschwulst nach ein-, dann abwärts und begegnen sich in der Medianlinie; sie sind beide sehr gross, fast so dick wie die normale Carotis. In beiden fühlt und hört man ein sehr lautes systolisches Rauschen, welches auch in den Carotiden in einem minderen Grade wahrzunehmen ist. Die subc. Venen sind im Verhältnisse zu den Arterien wenig ausgedehnt. Der Kehlkopf liegt frei und ist seitlich nicht verschoben. Die Kranke zeigte eine cyanotische Gesichtsfarbe und litt an hochgradiger Athemnoth. Heiserkeit bestand seit der Kindheit. Wollte man radical vorgehen, so hätte der Kropf exstirpirt werden müssen. Wegen der bestehenden Athemnoth und der Schwäche der Kranken

aber wäre diese Operation ein gewagtes Unternehmen gewesen. W. entschloss sich daher in frischer Erinnerung an die jüngste Publication Wölfler's zur Ligatur der beiden oberen Schilddrüsenarterien am 9. October umso leichter, da beide deutlich gefühlt werden konnten. Sie wurden dort, wo sie den höchsten Punkt der Kropfgeschwülste überschritten, ohne besondere Hindernisse jede doppelt ligirt und zwischen den Ligaturen durchschnitten.

Am Operationstage hatte die Kranke sieben Anfälle, bestehend in zuckenden Bewegungen beider Hände und vier Anfälle mit allgemeinen clonischen Krämpfen an allen Extremitäten, immer vorwiegend links, die Gesichts- und Kopfmuskeln waren nicht mitbetheiligt. Während der ersten Anfälle war die Kranke unbesinnlich und im Gesichte dunkel geröthet, daher die Anfälle von einer Gehirnhyperämie abzuleiten wären. Im Uebrigen schwand die Cyanose und die Athemnoth, der Verlauf war fieberfrei; die Ligaturfäden (Seide) wurden am 28. October entfernt.

In rascher Weise fielen die Kropfgeschwülste ab, namentlich aber die linke, so dass nun nach 27 Tagen der Halsumfang um 7 Centimeter abgenommen hat. Das Rauschen ist an den Stümpfen der oberen Schildarterien und auch an den Carotiden geschwunden. Die Kranke fühlt sich vollkommen gesund und sieht gut aus.

Der eigentliche Zweck der Operation, das ist die Behebung der durch den Kropf bedingten Functionsstörungen, ist durch die Unterbindung erreicht worden. Der linke Schilddrüsenlappen ist fast ganz geschwunden und der rechte bedeutend kleiner. Sollte die Kranke aus Schönheitsrücksichten auf die Verkleinerung oder Beseitigung der rechtsseitigen Kropfgeschwulst dringen, so könnte auch die rechte untere Schilddrüsenarterie unterbunden oder schliesslich diese Kropfgeschwulst für sich ohne besondere Gefahr exstirpirt werden.

Ferner stellte W. einen 6jährigen Knaben vor, welchen er wegen Epispadie nach der bekannten Thier'schen Methode operirt und in befriedigender Weise geheilt hat. Es bestand bei diesem Knaben seit der Geburt in der Gegend der Schambeinfuge eine trichterförmige Oeffnung, aus der Urin herausquoll. Gegen diese Oeffnung war der verkleinerte, oben gespaltene Penis klappenähnlich angelagert. Nach mehreren Misserfolgen ist Heilung eingetreten; der Penis hat, abgesehen von den am Rücken befindlichen, Brandnarben nicht unähnlichen Narben, eine normale Form, Grösse und Richtung und kann, was die Hauptsache ist, da von Hause aus der Sphincter vesicae theilweise wirkte, nun den Harn vollkommen halten.

Herr Docent Dr. **Herz** stellt einen Fall von Hemiatrophia facialis progressiva vor. Derselbe betrifft einen 13 Jahre alten, sonst wohl entwickelten Knaben, das zehnte Kind gesunder und

wohlgebildeter Eltern, in deren Familien keine nervösen Erkrankungen zu eruiren sind. Die Krankheit besteht seit $1^1/_2$ Jahren und hat sich spontan entwickelt, ohne dass eine intensive Erkältung, ein Trauma etc. eingewirkt hätten und ohne dass irgend welche krankhaften Gefühle vorangegangen wären. Die Atrophie betrifft die rechte Gesichtshälfte, und zwar sämmtliche dieselbe constituirenden Gewebe; sie präsentirt sich gegenüber der gesunden linken Hälfte viel kleiner und magerer. Die Grenze zwischen beiden Gesichtshälften bildet eine stufenförmige Leiste, welche von der Nasenwurzel gerade in der Mitte der Stirne bis zur behaarten Kopfhaut und in dieser längs der Sagittalnaht bis zum Scheitel geht. Die rechte Hälfte der behaarten Kopfhaut zeigt eine grubenförmige Vertiefung, schwächeren Haarwuchs, ja stellenweise kahle Stellen. Die Circumferenz beträgt auf der rechten Seite um 1 Cm. weniger als auf der gesunden Seite. Eine ähnliche Leiste verläuft in der Mitte des Kinnes und trennt den Unterkiefer in zwei Hälften, deren rechte höher steht und flacher verläuft als die linke normal entwickelte. Beiläufig in der Mitte der Stirne, doch ausschliesslich auf der rechten Seite, über und seitlich vom rechten Auge und von der rechten Wange, nimmt man grubenförmige Vertiefungen wahr, an welchen die Haut gelblich pigmentirt ist und ein narbenförmiges Aussehen bietet, und zwar in Folge Schwundes des darunter liegenden Unterhautzellgewebes. Im Allgemeinen ist die Haut an der ganzen rechten Gesichtshälfte verdünnt. Die Nase ist schief, nach rechts hin gestellt. Das rechte Auge ist kleiner, desgleichen das rechte Nasenloch. Der rechte Mundwinkel steht etwas höher als der linke. Sensibilität und Motilität auf der rechten Gesichtsseite sind vollkommen intact; die elektromuskuläre Reaction ist vollständig normal, eher erweist sich dieselbe auf der atrophischen Seite — wahrscheinlich in Folge des geringeren Widerstandes, welchen der elektrische Strom erfährt — noch etwas lebhafter, als auf der normalen Gesichtshälfte. Die Zunge ist an ihrer rechten Hälfte verdünnt, das Velum, die Uvula jedoch unverändert. Die rechte Kieferhälfte ist schwächer als die linke. An beiden Kiefern Reste kindlicher Rachitis vorhanden. Gesicht, Gehör, Geruch und Geschmack sind intact. Allgemeinbefinden mit Ausnahme von Ueblichkeiten, die der Junge jeden Morgen zu empfinden angibt, sehr gut.

Dr. M. Hajek hält seinen angekündigten Vortrag: „Ueber das Verhältniss des Erysipels zur Phlegmone."

Um den gegenwärtigen Standpunkt der Frage des ätiologischen Verhältnisses zwischen Erysipel und Phlegmone darlegen zu können, entwickelt der Vortragende die Anschauungen in der antibacteriologischen Zeit, wobei er insbesondere der Ansichten Galen's, Rust's und Tillmann's gedenkt. Eine wissenschaftliche Basis erlangte die Streitfrage aber erst mit dem Auf-

schwunge der bacteriologischen Forschung. Die Entdeckung des Erysipelcoccus durch Fehleisen, der eitererregenden Mikroorganismen durch Ogston, Rosenbach und Passet haben die Richtung angedeutet, in welcher man fortarbeiten musste. Diese Untersuchungen zeigten, dass eine grosse Anzahl der Eiterungsprocesse durch vom Erysipelcoccus verschiedene Bacterienarten bedingt wird, und dass nur eine dieser letzteren, nämlich der Streptococcus pyogenes, mit dem Erysipelcoccus, grosse Aehnlichkeit zeigen. Von der Entscheidung der Identität oder der Differenz dieser beiden letzten Streptococcen hängt nun die definitive Erledigung des ätiologisehen Verhältnisses des Erysipels zur Phlegmone ab.

Nach dieser Sachlage drängten sich drei der Entscheidung harrende Punkte in den Vordergrund:

1. Gibt es zwischen den beiden genannten Streptococcen einen Unterschied in der Form oder Cultur?

2. Erzeugt der Erysipelcoccus immer nur Erysipel und der Streptococcus pyogenes immer nur Phlegmone, oder kann der Streptococcus des Erysipels auch gelegentlich Phlegmone und umgekehrt hervorrufen?

3. Liefert der histologische Befund, falls aus dem zweiten Punkte eine Differenz ersichtlich ist, ebenfalls Anhaltspunkte für eine Unterscheidung?

Was die Form- und Culturdifferenzen zwischen den beiden Streptococcen anbelangt, widerlegt der Vortragende alle diesbezüglichen Angaben von Rosenbach und Hoffer und theilt mit, dass auch seine eigenen Untersuchungen bisher keine in Betracht kommende Differenz gezeigt haben. H. geht nun zu den Thierversuchen über, welche er an Kaninchenohren in Form von Parallelversuchen mit den Reinculturen der beiden Streptococcen nach der cutanen und subcutanen Methode ausgeführt hat.

Das Resultat für den Erysipelcoccus ergibt in den meisten Fällen eine mit minimaler Schwellung einhergehende wandernde Röthung, welche als typisches Erysipel aufgefasst wird. In einer geringeren Anzahl der Fälle tritt nahe dem Impfstiche ein entzündlicher Knoten auf, welch letzterer entweder der Resorption oder der Eiterung anheimfällt; auch tritt in seltenen Fällen gleichzeitig mit der wandernden Röthung eine intensive Schwellung auf.

Die mit dem Streptococcus pyogenes inficirten Kaninchenohren reagirten in der grösseren Anzahl von Fällen mit einer intensiven Schwellung und Auftreten von Eiterung auf der Acme des Entzündungsprocesses; seltener zeigte sich nur eine intensive Schwellung allein, welche einen wandernden Charakter hatte und die Eiterung blieb aus. Nie entstand aber eine wandernde Röthung ohne Schwellung, wie dies in den meisten Fällen des Erysipels beobachtet wurde.

Da nun die, durch die beiden Streptococcen hervorgerufenen Entzündungsbilder häufig einander ganz ähnlich sind, folgt, dass auch die pathogene Wirkung der beiden Streptococcen nicht im Stande ist, die Frage in einer bestimmten Hinsicht zu entscheiden.

Im histologischen Befund des Erysipels und der Streptococcus-Phlegmone zeigt sich jedoch ein solch differentes Verhalten beider Streptococcen gegenüber den einzelnen Bestandtheilen des lebenden Gewebes, dass wir hieraus unbedingt auf die Verschiedenheit derselben schliessen müssen.

Die histologische Veränderung beim Erysipel zeigt sich in erster Linie in einer Entzündung der Lymphgefässe, dann der Bindegewebsspalten und nur in den intensivsten Fällen betheiligt sich auch das Gewebe um die Lymphgefässe.

Wichtiger ist der Befund von Erysipelcoccen im Gewebe. Dieselben kommen nur in den Lymphgefässen, höchstens in spärlicher Anzahl noch in den Bindegewebsspalten vor. Die Coccen sind immer nur an das Vorhandensein eines zelligen Infiltrates geknüpft und kommen in relativ geringer Anzahl vor, gewöhnlich als Diplococcen und selten auch in kurzen Ketten. Die Coccen entfärben sich sehr leicht, und dies ist die Ursache, warum man dieselben so schwer sichtbar machen kann. Es dürfen einerseits die Zellkerne der lymphoiden Zelle nicht ganz entfärbt sein, denn dann sind auch die meisten Erysipelcoccen mit entfärbt; bei geringfügiger Entfärbung bedecken andererseits die Zellkerne häufig die nur in spärlicher Anzahl vorhandenen Coccen oder das Ueberbleiben von körnigen Niederschlägen macht die Constatirung der Coccen unmöglich. Nie sieht man die Erysipelcoccen mitten im Gewebe ohne ein zelliges Infiltrat auftreten.

Aus dem Erwähnten folgt, dass das lebende Gewebe für den Erysipelcoccus im Ganzen keinen besonders günstigen Nährboden bietet, ferner verhält sich der Erysipelcoccus im Fortschreiten des Krankheitsprocesses mehr passiv, indem er nur dorthin gelangt, wohin er durch den Lymphstrom hingeschwemmt wird.

Ganz anders verhält es sich mit dem Streptococcus pyogenes. Hier sehen wir die Lymphgefässe und Bindegewebsspalten mit dichten Coccencolonien erfüllt, nebst welchen das zellige Infiltrat entweder fehlt oder nur spärlich vorhanden ist. Der Streptococcus pyogenes bildet ferner dichtgedrängte Züge allenthalben in der Cutis, durchwuchert dieselbe in allen Richtungen, selbst die Blutgefässwand wird von demselben durchbrochen.

Der Streptococcus pyogenes hat demnach die Neigung, im lebenden Gewebe in Form von Colonien aufzutreten. Dies kommt schon im Beginne des Processes vor, nur ist zu dieser Zeit die Anzahl der Colonien noch spärlich, wogegen sie bei fortschreitendem Processe reichlicher werden.



Dieser Unterschied des Verhaltens im lebenden Gewebe ist ein durchgreifender, denn selbst in den intensivsten Fällen von Erysipelen sind die Coccen immer nur in relativ spärlicher Anzahl und auch nur in den Lymphgefässen vorhanden. Das lebende Gewebe ist eben ein Nährboden, der empfindlich genug ist, um die verschiedenen Lebenseigenschaften der beiden Streptococcen zur Anschauung zu bringen.

Die entsprechenden histologischen Bilder am Menschen stimmen in jeder Beziehung mit den geschilderten Befunden an den Kaninchenohren überein.

Redner gedenkt der gelieferten histologischen Arbeiten von Billroth, Ehrlich, Lukomsky, Tillmanns und findet, dass die widersprechenden Resultate derselben, indem sie in vielen Fällen von Erysipel gar keine Coccen, in anderen dagegen, angeblich auch in den Blutgefässen, solche constatiren konnten, auf den Umstand zurückzuführen seien, dass dieselben die legitimen Erysipele mit den Streptococcus-Phlegmonen klinisch zusammenwarfen. Der beste Beweis hierfür liegt in der von all den erwähnten Autoren zugefügten Bemerkung, dass es die sogenannten phlegmonösen und pyämischen Erysipele waren, wo sie die Coccen constant gefunden haben, dass es dagegen die leichteren Fälle waren, wo sie dieselben vermissten. Der negative Befund bei wirklichen Erysipelen ist eben auf die Schwierigkeit des Nachweises zurückzuführen, welche durch die spärliche Anzahl und durch das leichte Entfärbungsvermögen der Erysipelcoccen im lebenden Gewebe bedingt wird.

Zum Schlusse werden einige Fragen besprochen, die sich an die erwiesene Differenz der beiden Streptococcen knüpfen, und zwar zunächst die Frage der Abscessbildung beim Erysipel. Letztere kann höchstens circumscript auftreten; dies lehrt das Thierexperiment und die klinische Erfahrung.

Doch bedarf es beim Menschen offenbar noch günstiger mechanischer Momente, welche die Haut selbst zur Schmelzung bringen, denn der Erysipelcoccus ist nicht im Stande, in der Cutis Eiterung hervorzurufen. Solch ein günstiges mechanisches Moment ist an den Augenlidern vorhanden, wo die Haut durch den Druck des darunter liegenden Eiters zur Necrosirung gebracht wird und der Eiter sich entleeren kann.

Eine weitere Frage ist die, in welcher Weise der Tod bei Erysipel bewirkt wird. Hierbei sind drei Möglichkeiten denkbar:

1. Intoxication seitens eines unbekannten chemischen Productes der Erysipelcoccen. Wahrscheinlich gehören hierher jene langdauernden Erysipele, welche tödtlich ablaufen, ohne dass man im Blute den Erysipelcoccus findet, oder in irgend einem inneren Organe eine andere Veränderung als die der trüben Schwellung.

2. Allgemeininfection, d. h. Hineingelangen von Erysipelcoccen in das Blut. Hierbei müsste man im Blute den Streptococcus des




Erysipels constatiren; der Nachweis von Streptococcen allein würde nicht genügen, weil wir von dem Streptococcus pyogenes wissen, dass er häufig Krankheitsprocesse secundär complicirt und, wie bekannt, leicht in das Blut aufgenommen werden kann.

3. Tod durch Complicationen, wobei wieder zu unterscheiden wäre, ob die Complication durch eine secundäre Infection oder durch den Erysipelcoccus selbst bedingt wird.

Die Frage der durch den Erysipelcoccus möglichen Complicationen (erysipelatöse Pleuritis, Pneumonie, Meningitis, Endometritis etc.) wird erst in Zukunft auf Grundlage der angegebenen Differenzen zwischen den beiden Streptococcen entschieden werden können. Dem Vortragenden gelang es, in einem Falle den ätiologischen Zusammenhang zwischen einer serös-fibrinösen Pleuritis und Gesichtserysipel festzustellen.

Die Abimpfung vom pleuritischen Exsudate auf Agar-Agar ergab einen Streptococcus, welcher, auf das Kaninchenohr verimpft, sich als der Streptococcus des Erysipels documentirte; dagegen zeigte sich eine Pneumonie, die ein Gesichtserysipel complicirt hatte, durch den Diplococcus pneumoniae bedingt. In ähnlicher Weise wird man bei den übrigen Complicationen vorgehen müssen.

Herr Dr. Freiherr von Eiselsberg bemerkt zu den Ausführungen Dr. Hajek's, dass er sich auch vielfach mit dem Vergleiche beider Streptococcenarten beschäftigt habe, anlässlich der Untersuchung der Luft von Krankenzimmern auf ihren Keimgehalt. Dabei gelang es E. aus der Luft chirurgischer Krankenzimmer, auf denen Erysipelatöse sich befanden, einen, dem Streptococcus des Erysipels vollkommen identischen Coccus zu züchten.

E. machte nun Parallelversuche mit Streptococcus pyogenes Rosenbach und Streptococcus erysipelat. Fehleisen. Durch das Culturverfahren konnte es ihm in keiner Weise gelingen, die beiden Coccen auseinanderzuhalten. Aber auch die Impfung der Reinculturen der beiden Coccenarten (Bildung von Hauttaschen, Injection mittelst Koch'scher Spritze) auf Kaninchenohren (31 Fälle) ergab abweichend von Hajek's und übereinstimmend mit Passet's Angaben keinen Unterschied weder im makro- noch im mikroskopischen Bilde.

Impfungen auf die Hornhaut von Kaninchen ergaben ebenfalls keinen Unterschied. — E. schlägt vor, wenn man überhaupt noch die beiden Coccen als verschiedene Formen aufrecht erhalten will, sie höchstens als Varietäten einer und derselben Species zu bezeichnen.

Dr. Hajek erwidert darauf, dass die pathogene Wirkung von der Methode insoferne abhängig sei, als auf die cutane Impfung häufig nichts Anderes als eine circumscripte Röthung entsteht. H. hat im Beginne seiner Untersuchungen dasselbe erfahren und wählte deshalb vorzugsweise die Methode der subcutanen Injection, auf welche fast constant typische Entzündungsformen auftreten. Obwohl

nun aus seinen positiven Resultaten eine gewisse Differenz in der pathogenen Wirkung ersichtlich gewesen, so hat er doch zu wiederholten Malen während seines Vortrages hervorgehoben, dass auch die pathogene Wirkung der beiden Streptococcen nicht im Stande sei, die Frage mit Sicherheit zu entscheiden. Erst indem er im Laufe seiner Untersuchungen auf ein ganz entgegengesetztes Verhalten im lebenden Gewebe gestossen ist, musste er sich sagen, dass eine solche Differenz nur mit der Annahme von zwei verschiedenen Arten in Einklang zu bringen sei.

Wien, am 12. November 1886.

Der Vorsitzende: Dr. Widerhofer.

Summarischer Bericht über die Sitzung vom 12. November 1886.

Vorsitzender: Herr Prof. Dr. **Widerhofer.**

Schriftführer: Herr Dr. **G. Riehl.**

Herr Prof. Dr. **H. Nothnagel** demonstrirt zwei Fälle von in die Lunge durchgebrochenem Leberabscess aus den Tropen.

Herr Dr. **H. v. Hebra** stellt einen geheilten Fall von Syphilis des Centralnervensystems vor.

An diese Demonstration schliesst sich eine lebhafte Discussion, an welcher sich betheiligen die Herren: Proff. H. v. Bamberger, Nothnagel, Benedict, Mauthner, Meynert, Rosenthal, Winternitz, Docenten Dr. Grünfeld, Bergmeister, H. v. Hebra.

Der Vorsitzende gibt dem Wunsche der k. k. Gesellschaft Ausdruck, dass Herr Prof. Exner seinen zum zweiten Male verschobenen Vortrag zu Anfang der nächsten Sitzung beginnen möge.

Programm

für die am Freitag den 19. November 1886, Abends 7 Uhr, unter dem Vorsitze des Herrn **Prof. L. Mauthner** stattfindende Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Herr Prof. **S. Exner**: Ueber neuere Forschungsresultate, die Localisation in der Hirnrinde betreffend.

Vorträge haben angemeldet die Herren: Dr. Zemann, Dr. Riehl, Prof. Kundrat, Dr. Teleky, Prof. v. Fleischl.

Kundrat. Bergmeister.

Herausgeber: **Die k. k. Gesellschaft der Aerzte.** — Für d. Redaction verantwortl.: Prof. **E. Albert.**
Verlag von **Alfred Hölder**, k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.
Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.



25. November 1886. Nr. 29.

Anzeiger

der

k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Protokoll der Sitzung vom 12. November 1886.

Vorsitzender: Herr Prof. Dr. **Widerhofer.**

Schriftführer: Herr Dr. **G. Riehl.**

Herr Prof. Dr. **H. Nothnagel** demonstrirt zwei Fälle von in die Lunge durchgebrochenem Leberabscess.

Fall 1. Sch. B., 37 Jahre alt, aus Russland, hatte in Odessa an Malaria gelitten. Im Jahre 1882 bereiste er Egypten, später China, Indien, die malayische Halbinsel etc. 1883 verweilte er in Singapore.

Im August 1886 litt er durch 6 Tage an Dysenterie, nach deren Ablauf Schmerzen in der rechten Thoraxhälfte gegen den Arm ausstrahlend auftraten. Am 18. September verliess er Singapore und wurde am 15. October in Zürich von heftigem Husten und Fieber befallen, wobei er viel braunrothes Sputum entleerte. Der Kranke gibt zu, viel Bier und Branntwein getrunken zu haben.

Seit seiner Aufnahme fiebert der Kranke, expectorirt grosse Mengen (ca. 1200 Grm. pro die) ziegelmehlrothes Sputum. Es besteht beträchtliche Abmagerung, Dämpfung rechts hinten unten, ca. drei Querfinger breit. Leber vergrössert, glatt anzufühlen.

Fall 2. D. Sch., 36 Jahre alt, aus Constantinopel, lebte bis 1875 abwechselnd in Odessa und in seiner Vaterstadt.

1868 hatte er an Intermittens gelitten, 1869 an Gelenksrheumatismus, 1870 an den Blattern, 1872 an Ulcus molle. 1875 bis 1886 brachte er in Egypten, Indien, Sumatra etc. zu, zuletzt lebte er in Penang.

Im Mai 1886 wurde er in Delhi von intermittirendem Fieber befallen, und litt seit Juni an Stechen in der Lebergegend. Im

August trat Husten mit braunrothem Auswurf auf. Patient ist seither stark abgemagert.

Der Kranke hatte nie an Dysenterie gelitten und war kein Säufer.

Bei der Aufnahme wurde am rechten Thorax Dämpfung constatirt, welche in der hinteren Axillarlinie bis nahe in das Niveau des Angulus scapulae vorne und rückwärts weniger hoch reichte. Patient expectorirt (ca. 300 Grm.) ziegelmehlrothes Sputum täglich.

Als charakteristisch für in die Lunge perforirte Leberabscesse, bespricht N. die ziegelmehlähnliche Farbe des in grosser Menge entleerten Sputums.

Diese Farbe zeigt zunächst das flüssige Menstrum, in welchem klumpige zähere Massen von graugelber oder braunrother Farbe schwimmen.

Die mikroskopische Untersuchung ergibt reichliche Eiterkörperchen, auffallend spärliche rothe Blutkörperchen, Körnchenzellen, Alveolar- und Bronchialepithelien und ausserdem ziemlich reichliche, zu 2—3 und mehreren zusammenhängende grosse Zellen mit deutlichem Kern und gelbgrünem Pigment im Protoplasma. Nebstbei finden sich Hämatoidin- und Cholestearinkrystalle.

Die zusammenhängenden pigmentführenden Zellen machen auffällig den Eindruck von Leberzellen.

Ein eigenthümliches Verhalten zeigt das Fieber, das intermittirend auftritt; es erklärt sich daraus die Möglichkeit der Verwechslung noch nicht perforirter Leberabscesse mit Intermittens. Bei den Fieberanfällen fehlt oft das Froststadium, im Uebrigen können sie denselben Typus einhalten wie bei Intermittens.

Zur Aetiologie der Krankheit bemerkt N., dass die Annahme eines Zusammenhanges mit Dysenterie wenig Wahrscheinlichkeit besitze; dagegen sei der Einfluss des Alkohol, der in kälterem Klima zur Lebercirrhose führt, in den Tropen acutere Processe anregt, bezüglich der Entstehung der Lerberabscesse nicht von der Hand zu weisen.

Docent Dr. **H. v. Hebra** stellt einen geheilten Fall von Syphilis (Ataxie locomotrice, Tabes syphilitica) vor und referirt über den Krankheitsverlauf.

Der 28jährige Patient, ein Agent, hatte im Februar 1886 einen harten Schanker acquirirt. Als sich der Kranke wegen einer neuerlichen Exacerbation seiner Prurigo am 26. Februar an der Poliklinik vorstellte, fand H. die Sclerose überhäutet. Mitte März trat maculo-papulöses Syphilid und Iritis rechterseits auf. Der Kranke wurde mit Sublimatinjectionen, Atropin, Ungt.-hydrarg. behandelt. Vier Wochen später war die Iritis geheilt, das Exanthem



geschwunden. An den Schleimhäuten waren nie Erscheinungen der Syphilis aufgetreten.

Mitte Juli klagte Patient über Kopfschmerz und Schwindel, trotz Verabreichung von KJ nahmen diese Erscheinungen zu, der Kranke ermüdete leicht und klagte über Schwäche der unteren Extremitäten. Am 3. September wurde Ataxie constatirt, die Patellarsehnenreflexe zeigten sich noch unverändert; am 4. September waren sie nicht mehr auszulösen. Der Kranke taumelte, sobald er die Augen schloss, klagte über Gürtelgefühl und lancinirende Schmerzen. Es wurden Einreibungen mit 4 Grm. Ungt. hydrarg. angeordnet. Acht Tage später konnte Patient nicht mehr gehen, es trat vollständige Lähmung der Blase und des Darmes auf; der Kranke magerte zusehends ab, 10—12 Tage später besserte sich der Zustand. Am 21. September erlitt der Kranke einen apoplectiformen Anfall.

Der rechte Facialis und rechte Arm paretisch, beide unteren Extremitäten total gelähmt. Unter energischer Schmiercur und JK waren die Lähmungserscheinungen schon am 24. September partiell zurückgegangen und Mitte October völlig verschwunden, nur im Bereich des rechten Facialis blieben noch Spuren derselben nachweisbar. Am 5. October trat Patient seine gewohnte Beschäftigung wieder an. Das einzige Symptom, das noch besteht, ist das Gefühl des „Pambstigseins" an der rechten Körperhälfte.

Der Patient hat in toto ca. 200 Grm. Ungt. ciner. und 100 Grm. KJ verbraucht.

Dr. H. erklärt die Erscheinungen als der Tabes angehörig und führt den von der Infection bis zur Heilung fortwährend beobachteten Fall als Beweis des möglichen Zusammenhanges der Tabes mit Syphilis an und bemerkt insbesondere, dass in diesem Fall von Tabes syphilitica sich die Anwendung der Schmiercur trefflich bewährt habe, während die meisten Autoren nur durch JK Heilung eintreten gesehen haben.

Hofrath Prof. v. **Bamberger** bemerkt, dass das geschilderte Krankheitsbild einer durch Syphilis hervorgerufenen Affection des Centralnervensystems entspricht, ja einige Symptome Aehnlichkeit mit Ataxie locomotrice zeigen, dagegen wichtige Erscheinungen der Tabes fehlen. Der Fall ist weder als Tabes dorsalis zu bezeichnen, noch kann er als ein Beweis für die Heilbarkeit der Tabes überhaupt oder für den Zusammenhang mit Syphilis angesehen werden.

Als Tabes ist nur das Krankheitsbild zu bezeichnen, dem graue Degeneration der Hinterstränge zu Grunde liegt.

Prof. **Nothnagel** stimmt Bamberger's Ansicht vollkommen bei. Der demonstrirte Fall gehört in die Reihe der Myelitis und

Encephalitis diffusa in Folge von Syphilis. — Das Bild dieser Krankheit ist sehr variabel und kann auch mit typischer Tabes Aehnlichkeit zeigen; die letztere hat aber mit Syphilis nichts zu thun.

Prof. Mauthner weist auf Fälle nuclearer Lähmungen hin, welche sich später mit atactischen Erscheinungen compliciren, mit Tabes viele Aehnlichkeit besitzen, aber derselben nicht gleichwerthig sind; solche Fälle können von Lues abhängen und bei entsprechender Behandlung heilen.

Prof. Benedict will die Syphilis als ätiologisches Moment der Tabes nicht völlig ausschliessen. In der Regel hat die antisyphilitische Therapie, speciell Hg, bei Tabes keinen Erfolg, es gibt aber Fälle — mit stark wechselnden Erscheinungen, Beginn als Neuritis peripherica mit später auftretender Ataxie — welche auf Hg gebraucht, heilen und nach seiner Ansicht mit Encephalitis zusammenhängen.

Prof. Winternitz hält den Fall für abhängig von Encephalitis, aber nicht für typische Tabes; in anderen Fällen hält er die Syphilis als Ursache von Tabes für erwiesen.

Doc. Grünfeld ist ähnlicher Ansicht.

Prof. Bamberger wiederholt, dass nur Fälle mit grauer Degeneration als Tabes zu bezeichnen sind — bei solchen tritt keine Heilung ein. Aehnliche klinische Bilder können allerdings vorkommen (Neurasthenie etc.), diese sind aber nicht als typische Tabes zu bezeichnen und in diese Reihe gehören Benedict's Fälle.

Prof. Meynert weist auf die scheinbaren Besserungen im Befinden von mit progressiver Paralyse behafteten Leuten hin — der Ausgang des Processes ist Hirnatrophie. So lange der dazu führende Process florid ist, sind immer auffallende Symptome da, später kann Remission, aber niemals Heilung eintreten. — Langes Intermittiren kann also nicht als Beweis für die luetische Natur einer Affection des Centralnervensystems angesehen werden.

Auf Benedict's Erklärung, dass seine Fälle alle das typische klinische Bild der Tabes geboten haben, hält Prof. v. Bamberger an der anatomischen Grundlage des Begriffes Tabes fest und weist die Einreihung ähnlicher Ataxiefälle in diese Krankheitsgruppe zurück.

Docent Bergmeister erwähnt einen von Internisten als Tabes erklärten Fall, bei welchem zwar Decoloration, aber keine Gesichtsfeldeinschränkung bestanden hatte, später der Process nicht processiv verlaufen war und fordert im Hinblick auf ähnliche Fälle zur Vorsicht bei Stellung der Diagnose Tabes auf.

Prof. **Nothnagel** erklärt, dass es Krankheitsbilder von grosser Aehnlichkeit mit Tabes gibt, ohne Rückenmarksveränderungen mit Erkrankung peripherer Nerven (Nevrotabes peripherica) bei Alkoholmissbrauch, oder ohne nachweisbares ätiologisches Moment, diese sind aber von Tabes zu trennen.

Prof. **Winternitz** meint, man könne nach Bamberger's Ansicht Tabes im Leben nicht diagnosticiren.

Prof. **Benedict** constatirt sonach, dass die Differenz zwischen seiner und v. Bamberger's Ansicht darauf beruhe, dass Letzterer nur Fälle mit Degeneration der Hinterstränge, er aber alle Fälle von Erkrankung der Hinterstränge mit dem Namen „Tabes" bezeichne.

Prof. **Rosenthal** erklärt nach einer längeren Erläuterung über den Werth der medicinischen Statistik, dass er keinen Fall von Tabes syphilitica kenne.

Prof. **Mauthner** resumirt, dass alle Redner den demonstrirten Fall nicht als Tabes bezeichnen, und erwähnt, dass es ein positives Moment gibt, das für die Unheilbarkeit der die Tabes veranlassenden pathologischen Processe im Rückenmark spricht; dies ist die Analogie des letzteren mit der in einem gewissen Procentsatze gleichzeitig entstehenden oder vorausgehenden Sehnervenatrophie, die niemals zurückgeht.

Docent Dr. v. **Hebra** erklärt schliesslich, dass er die Bezeichnung Tabes dorsalis nicht im stricten, sondern im vulgären Sinne für „atactische Erscheinungen" gebraucht habe.

Wien, am 19. November 1886.

Der Vorsitzende: L. Mauthner.



Summarischer Bericht über die Sitzung vom 19. November 1886.

Vorsitzender: Herr Prof. Dr. L. **Mauthner**.

Schriftführer: Herr Prof. Dr. J. **Csokor**.

Herr Prof. **Exner** hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber die neueren Forschungsresultate, die Localisation in der Hirnrinde betreffend.

Herr Prof. **Meynert** fügt dem Vortrage ergänzende Bemerkungen über Hirnanatomie bei.

Herr Prof. **Mauthner** polemisirt gegen einzelne Punkte des Vortrages, worauf schliesslich Herr Prof. Exner erwidert.



Programm

für die am Freitag den 26. November 1886, Abends 7 Uhr, unter dem Vorsitze des Herrn Prof. **Exner** stattfindende Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

---

1. Herr Dr. **A. Zemann**: Ueber Tuberculose des Oesophagus.
2. Herr Dr. **G. Riehl**: Ueber die Orientbeule.

Vorträge haben angemeldet die Herren: Dr. Teleky, Prof. J. Neumann, Prof. Kundrat, Prof. v. Fleischl.

Kundrat. Bergmeister.

Herausgeber: **Die k. k. Gesellschaft der Aerzte.** — Für d. Redaction verantwortl.: Prof. **E. Albert.**
Verlag von **Alfred Hölder**, k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.
Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

2. December 1886. Nr. 30.



Anzeiger

der

k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Protokoll der Sitzung vom 19. November 1886.

Vorsitzender: Herr Prof. Dr. **L. Mauthner.**

Schriftführer: Herr Prof. Dr. **J. Csokor.**

Herr Prof. Sigmund **Exner** hält den angekündigten Vortrag über neue Untersuchungsresultate, die Localisation in der Hirnrinde betreffend.

Nach einer Einleitung über die Ansichten der verschiedenen Autoren hebt der Vortragende hervor, dass er die Anregung zu seinen Mittheilungen der diesjährigen Naturforscher-Versammlung verdanke, in deren physiologischer Section die namhaftesten deutschen Physiologen, welche über Hirnrinde gearbeitet haben, anwesend waren. Die dortselbst stattgehabten Demonstrationen und Discussionen haben, wie dem Vortragenden scheint, wenigstens bei einem Theile der anwesenden Gelehrten eine Annäherung ihrer Ansichten hervorgerufen. Im Allgemeinen wende man sich einer gemässigten Localisation zu, nach welcher die Rindenfelder der einzelnen Sinnesgebiete, sowie der verschiedenen Muskelgruppen nicht mit scharfen Grenzen aneinanderstossen, sondern allmälig an ihren Rändern ausklingen und ganz oder theilweise ineinanderliegen können. Der Vortragende bespricht die Auffassungen Luciani's und Sepilli's, die von Goltz, Munk u. A. über das Rindenfeld des Gesichtssinnes und berichtet über die von Munk auf der Naturforscherversammlung vorgeführten, in der „Sehsphäre" operirten Hunde. Er beantwortet die Controverse darüber, ob die Exstirpation einer anatomisch-charakterisirten Rindenstelle bei verschiedenen Individuen verschiedene Störungen hervorbringen kann, mit ja, und findet einen Schlüssel zu der Erklärung dieser Thatsache in den am Menschen zu beobachtenden individuellen Verschiedenheiten. Es gebe z. B. Menschen, die, wenn sie schreiben,

mitarticuliren, andere, welche nach dem optischen Erinnerungsbilde das Wort auf das Papier malen. Wenn einer der ersteren sein Articulationscentrum verliert, so wird seine Fähigkeit zu schreiben wesentlich geschädigt sein, bei einem Menschen der zweiten Art wird die Schrift durch dieselbe Läsion nicht leiden. Der erstere muss neuerdings schreiben lernen, indem er nun nach dem optischen Erinnerungsbilde seine Handbewegungen ausführt. Auf diese Weise komme die Restitution der Function zu Stande, und es dürfte dies im Allgemeinen der Weg sein, die Frage nach der Wiederherstellung der Function einer Beantwortung zuzuführen.

Der Vortragende schliesst mit der Bemerkung, dass man sich in der Localisationsfrage, ähnlich wie man das so oft beobachten kann, nach einigen über die Wahrheit hinausgehenden Pendelschwingungen dieser, die zwischen den Extremen liege, genähert zu haben scheine. Erst Gall mit seiner auf die Spitze getriebenen Localisation, dann Flourens und Longet ohne jede Localisation; dann wieder nach den Entdeckungen von Hitzig und Fritsch die zu weit gehenden Localisationen von Ferrier und Munk und die zu grosse Zurückhaltung gegenüber der Localisation von Goltz. Jetzt haben Goltz, Hitzig, der Vortragende und Andere eine gemässigte Localisation als das Richtige erkannt.

Meynert bemerkt, dass für ihn bezüglich der Resultate des Thierexperimentes die physiologischen Thatsachen und die anatomischen immer nur neben einander gestanden seien, ohne sich ganz vereinigen zu lassen.

Nur mit einer eingeschränkten Localisation, wie Exner sie sich vorstellt, stimmt die Anatomie.

Nach Richtung der Projection der Sinnesoberfläche in die Hirnrinde habe er 1869 in einer akademischen Veröffentlichung auf den Hinterhaupt- und Schläfelappen gewiesen und später haben Hitzig und Munk den Hinterhauptlappen als Sehsphäre, den Schläfelappen als Gehörsphäre der Rinde erklärt. Dies kann aber nicht die vollständige Kenntniss sein, weil Gratiolet unter der Annahme directer Strahlungen des Tract. opt., Meynert aber unter dem Nachweis der Einschaltung der bekannten Ganglien zwischen Tractus und Rinde die Sehstrahlungen im Hinterhauptlappen, vielleicht bis in den Scheitellappen, aber auch in die ganze Länge des Schläfelappens eintreten fand. Ferner haben Gratiolet am Pavian und er am Menschen die äussersten Bündel des Hirnschenkels, sowohl in den Hinterhaupt- als in den Schläfelappen verfolgt, deren Zerstörung nach Türk's anerkannter Entdeckung die Hemiplegie durch Hemianästhesie complicirt, so dass auch die Hautoberfläche in diese Hemisphärenlappen projicirt erscheint. Er selbst hat auch die Richtigkeit von Burdach's Präparation der

vorderen Commissur bis in die Rinde des Hinterhaupt- und Schläfelappens wieder aufgedeckt, welche andererseits mit dem Riechlappen zusammenhängt, so dass dieselben Lappen in ihrer Rinde auch mit dem Geruchsinn zusammenhängen werden.

Bezüglich des Labyrinths sind wir als Anatomen noch blind und kennen die Verbindungsbahnen mit der Cortex nicht, so sicher sie bestehen, doch sind Wernike's pathologisch-anatomische Anschauungen bezüglich der akustischen Aphasie, sowie Munk's Experimentalresultat durch die auch von Exner anerkannten Sectionsbefunde nach Seelentaubheit bestätigt. Es ist auch in diesen sogenannten Sinnesbezirken der Rinde nur an eine gemischte Projection mehrerer Sinne zu denken und daher nur an eine beschränkte Localisation.

Dies muss auch von den motorischen Rindenfunctionen gelten, und zwar können sie nicht einzig den vorderen Hemisphärenlappen angehören. Zwar ist aus der Form des motorisch wirksamen Vorderhirnganglions nach Meynert's schon alter Beurtheilung, nämlich aus der vorderen Mächtigkeit vom Nucleus caudatus und lenticularis ein mächtiges Ueberwiegen von Einstrahlungen aus der Rinde der vorderen Lappen gewiss, doch erstreckt sich der Schweif des Nucleus caudatus, sowie ein ebenso schwacher Schläfenfortsatz des Linsenkerns bis selbst in den Schläfelappen, so dass den sensiblen Strahlungen in der Rinde des Hinterhaupt- und Schläfelappens noch motorische Strahlungen beigemengt sein müssen.

Hierauf macht der Vorsitzende folgende Bemerkungen: Es wundere ihn, dass das verschiedene Verhalten des am Hirne operirten und des blos seiner Bulbi beraubten Hundes beim Herabspringen von einer Höhe oder beim Herabgehen über eine Treppe den Naturforschern in Berlin nicht bekannt war; denn schon Goltz habe auf das Verhalten des hirnoperirten Hundes hingewiesen, Loeb ganz genau die Differenz in dem Betragen der beiden Hunde beschrieben und Christiani die diesbezügliche Bemerkung Loeb's angeführt. Aus der Thatsache, dass der am Hirne operirte Hund nicht mehr über die Treppe hinabgeht, folge jedoch keineswegs, dass es sich um eine Motilitätsstörung handle. Das habe auch noch Niemand behauptet. Im Gegentheil, ein solcher Hund zeige, wenn er sich wirklich bewegt, nicht die geringste Beweglichkeitsstörung, kein einziges jener Symptome, welche durch Läsion gewisser anderer Hirntheile hervorgerufen werden können. Der Versuch beweise, dass durch Zerstörung der Rinde des Hinterhauptlappens nicht blos (falls dies wirklich geschieht) Blindheit gesetzt, sondern auch der Intellect gestört werde. Ein solcher Hund geht über die Treppe deshalb nicht hinunter, weil er bis zu einem gewissen Grade blödsinnig ist.

Der Herr Vortragende habe gesagt, er hätte bis dahin nicht geglaubt, dass Hunde durch Zerstörung des Hinterhauptlappens ganz blind gemacht werden könnten; an den zwei Munk'schen Hunden habe er sich aber davon überzeugt. Durch die nachträgliche Bemerkung des Herrn Prof. Exner, dass diese Hunde an Sehnervenatrophie litten, von der wir nicht wissen, wie dieselbe entstanden ist, werde es jedoch klar, dass kein Beweis dafür vorliege, dass die Hunde durch die Läsion des Hinterhauptlappens erblindet seien, da ja die Sehnervenatrophie die Erblindung hätte herbeiführen können. Da sei das Verhalten der Pupillen wichtig, indem die Pupillen des hirnblinden Hundes normal reagiren, während die Pupillen jenes Hundes, der durch Atrophie der Sehnerven total erblindet, keine Lichtreaction zeigen. Umgekehrt, falls die Pupillen normal reagiren, kann von totaler Sehnervenatrophie nicht die Rede sein.

Herr Prof. Exner habe, um zu zeigen, dass das Causalitätsprincip mit der Localisationsfrage nicht im Widerspruche stehe, wenngleich nicht immer der gleichen Hirnläsion die gleiche Functionsstörung entspreche, zwei Beispiele herbeigezogen. In Fällen von Grasset und Landouzy habe eine ganz isolirte Läsion des Gyrus angularis und eine ganz isolirte Ptosis der entgegengesetzten Seite bestanden und doch könne man sehr zahlreiche Fälle von Läsion des Angulargyrus ohne Ptosis nachweisen. Dagegen ist zu bemerken, dass es sich in den Fällen von Grasset (1876) und Landouzy (1877) nicht blos um eine Läsion des Gyrus angularis, an der die Patienten wohl auch nicht gestorben wären, sondern ausserdem um diffuse Meningitis handelte, so dass schon Charcot und Pitres, Nothnagel, auch Coingt die Verwendbarkeit der genannten Fälle in der Localisationsfrage bestritten haben. Was weiterhin die Beobachtung Munk's anlangt, dass periphere Sehnervenatrophie beim Hunde bisweilen bis in die Rinde des Hinterhauptlappens aufsteigen könne, so sei zunächst hervorzuheben, dass analoge Befunde für's Menschenhirn vorliegen, indem Huguenin Befunde bekannt machte, nach welchen bei zwei Individuen, von denen das eine in früher Jugend ein, das andere beide Augen verloren hatte, atrophische Defecte in der Rinde des Occipitalhirns sich zeigten. Der Umstand aber, dass nach Atrophie des Opticus bald eine Atrophie des Hinterhirns gefunden, bald aber (und zwar meistens) vermisst werde, habe mit der Frage, ob im Hinterhirne die Sehsphäre sitze, nichts zu thun, denn es sei einleuchtend, dass es einer bestimmten, und zwar unter allen Verhältnissen sehr langen Zeit bedarf, bis die Veränderungen in die Hirnrinde fortschreiten können, und dass, wenn auch die Lehre von der Hemmung der auf-, wie der absteigenden Degeneration durch die Stammganglien gerade auf Grund der genannten Beob-

achtungen nicht allgemein giltig sei, dieses Aufsteigen der Degeneration bis in die Hirnrinde überhaupt nicht in allen Fällen einzutreten brauche.

Endlich noch zwei Anmerkungen. Herr Prof. Exner habe angeführt, dass Munk in der letzten Naturforscher-Versammlung erklärt habe, dass man auch Tauben durch Exstirpation des Grosshirns blind machen könne, während man bisher geglaubt habe, dass Vögel auf diese Weise nicht blind gemacht werden könnten. Der Redner wolle nur zufügen, dass diese Lehre Munk's keineswegs neu sei, sondern dass Munk die Experimente, nach welchen die Tauben durch Exstirpation des Grosshirns für die Dauer ganz blind gemacht werden, bereits vor mehr als 3 Jahren in einer Arbeit bekannt machte, die für den Redner deshalb von besonderem Interesse war, weil Munk in dieser Arbeit die Lehre von der Seelenblindheit thatsächlich vollständig aufgibt.

Die zweite Schlussbemerkung beziehe sich auf jenen Satz des Herrn Prof. Exner, der, wenn Redner richtig hörte, so lautete, dass „Niemand in Zweifel ziehen werde, dass der Verlust der Rinde der Occipitallappen beim Menschen vollständige Blindheit zur Folge habe". Redner ist derselben Ansicht, schon auf Grund der pathologisch-anatomischen Befunde von Curschmann und Westphal bei Hemianopie. Dann aber bestehe für den Menschen, wenigstens für dessen Sehsphäre, strenge Localisation und die „gemässigte" Localisation habe vielleicht für den Hund, aber nicht für den Menschen eine Bedeutung. Nun interessire uns aber doch eigentlich in erster Linie die Physiologie des Menschenhirns. Wir haben daher von weiteren Experimenten am Hunde für den Menschen nichts zu erwarten. Wolle man in der Erkenntniss der Functionen des Menschenhirns einigermassen vorschreiten, müsse man sich auf Experimente am Affen beschränken, wenngleich selbst das Affenhirn noch ganz anders aussieht, als das menschliche.

Gegenüber diesen Aeusserungen bemerkt Prof. Sigm. Exner, er glaube, der physiologischen Section waren die hervorgehobenen Differenzen zwischen den beiden blinden Hunden umsomehr bekannt, als ja die von Prof. Mauthner angeführten Autoren alle anwesend waren. Goltz habe Recht, wenn er bei dem „rindenblinden" Hunde von Motilitätsstörungen sprach, denn wenn man diesen Ausdruck bei Rindenläsion von Hunden gebraucht, so meine man damit eo ipso eine Intelligenzstörung, die sich auf die betreffenden Bewegungen bezieht. Auch nach Exstirpationen der motorischen Zone bleiben nur solche Störungen zurück. Was die Sehnervenatrophie anbelangt, so habe der Vortragende sie angeführt nicht zum Beweise für die Blindheit des Hundes, sondern um die Frage

daran zu knüpfen, ob nicht vielleicht ausser der Rinde noch andere Gehirnstellen functionsunfähig geworden sind und sich so die Blindheit erklärt; von der gewöhnlichen Pupillenreaction auf Lichtreiz habe er sich persönlich überzeugt.

Ferner meint der Vortragende, er müsse sich wohl nicht glücklich ausgedrückt haben, wenn Prof. Mauthner verstanden habe, dass Munk auf der diesjährigen Naturforscher-Versammlung seine Taubenexperimente besprochen habe. Das war nicht der Fall.

Endlich habe auch der Vortragende, so wie Prof. Mauthner, die Ansicht, dass das Rindenfeld des Auges beim Menschen ein enger begrenztes ist, wie man es nach den Versuchen an Hunden (Luciani) erwarten sollte, und hat dasselbe schon vor Jahren auf seinem Schema in dieser Art dargestellt.

Wien, am 26. November 1886.

Der Vorsitzende: Sigm. Exner.

Summarischer Bericht über die Sitzung vom 26. November 1886.

Vorsitzender: Herr Prof. Sigm. Exner.

Schriftführer: Herr Dr. Rich. Paltauf.

Herr Dr. S. Freud demonstrirt einen Fall männlicher Hysterie mit linksseitiger Hemianästhesie; über den Augenbefund an demselben Kranken referirt Dr. Königstein.

Herr Prof. Weinlechner stellt eine Kranke mit einem Hämatom über dem linken Kniegelenk vor, welches durch Berstung eines Hygroma praepatellare entstanden war; weiters demonstrirt derselbe die Halswirbelsäule eines aus dem dritten Stockwerk herabgestürzten Mannes, die eine Zerreissung des Zwischenwirbelbandes zwischen fünftem und sechstem Halswirbel darbot.

Herr Prof. Hofmockl demonstrirt ein grosszelliges myelogenes Endothel-Sarcom des rechten Oberschenkels mit Spontanfractur des Condylus internus.

Herr Dr. A. Zemann hält seinen angekündigten Vortrag „Ueber Tuberculose des Oesophagus“ und demonstrirt mehrere zugehörige Alkoholpräparate.



Programm

für die am Freitag den 3. December 1886, Abends 7 Uhr, unter dem Vorsitze des Herrn Präsidenten Hofrath v. **Bamberger** stattfindende Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

I. Administrative Sitzung, zu welcher nur die Mitglieder Zutritt haben.

II. Allgemeine wissenschaftliche Sitzung.

1. Herr Dr. **G. Riehl**: Ueber die Orientbeule.
2. Herr Dr. **Teleky**: Ueber einen Fall von Meningitis cerebrospinalis epidemica.

Vorträge haben angemeldet die Herren: Prof. J. Neumann, Prof. Kundrat, Prof. v. Fleischl.

Kundrat. Bergmeister.

Herausgeber: **Die k. k. Gesellschaft der Aerzte.** — Für d. Redaction verantwortl.: Prof. **E. Albert.**
Verlag von **Alfred Hölder**, k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.
Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

9. December 1886. Nr. 31.

Anzeiger

der

k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Inhalt: Protokoll der Sitzung vom 26. November 1886. — Summarischer Bericht der Sitzung vom 3. December 1886. — Programm der Sitzung am 10. December 1886.

Protokoll der Sitzung vom 26. November 1886.

Vorsitzender: Herr Prof. **Sigm. Exner.**

Schriftführer: Herr Dr. **Rich. Paltauf.**

Herr Dr. **Freud** stellt einen Fall männlicher Hysterie vor und Herr Dr. **Königstein** theilt den Augenbefund desselben mit.

Prof. **Weinlechner** stellt eine 41 Jahre alte Taglöhnerin vor, welche vor 2 Jahren spontan eine hühnereigrosse Geschwulst auf der linken Kniescheibe bekam, welche im Juni 1885 bei einem Falle auf das Knie geplatzt sein soll. Darauf entwickelte sich die jetzt bestehende Geschwulst, die wegen ihres grossen Umfanges und der eigenthümlichen Form zu den Seltenheiten gehört. Am linken Knie findet sich eine wurstähnliche Geschwulst, die mit Ausnahme der inneren Knorren das Kniegelenk in querer Richtung allenthalben bedeckt und gegen die Aussenfläche des Oberschenkels einen ebenso beschaffenen Fortsatz sendet. Der Längsdurchmesser des horizontal liegenden Antheils beträgt 22 Cm., sein Querdurchmesser 12 Cm., der senkrechte Fortsatz ist 18 Cm. lang und misst in der Quere 10 Cm. Das linke Knie war an dieser Stelle um 25 Cm. umfänglicher als das rechte. Die Geschwulst, einem Hammer, dessen Stiel nach oben sieht, nicht unähnlich, ist flachhöckerig, fluctuirt deutlich nach allen Richtungen, so dass die Existenz nur eines Hohlraumes anzunehmen ist. Die bedeckende Haut ist von verändertem, ausgetretenem Blute stellenweise grünlichgelb gefärbt, übrigens verschiebbar. Die Bewegungen des Kniegelenkes sind unbehindert. Die Probepunction ergab theerartiges Blut. Nach Allem handelte es sich um ein Hämatom, hervorgegangen aus der Ruptur eines präpatellaren Hygroms.

W. beabsichtigt, die Geschwulst an den Endpunkten zu eröffnen, zu drainiren und auf dem Wege der Eiterung zur Heilung zu bringen.

(Als dies am folgenden Tage geschah, wurden 1800 Grm. theerartiges Blut sammt Gerinnseln entleert.)

Hierauf berichtet W. über einen in diagnostischer Hinsicht interessanten Fall von tödtlich endigender Halswirbelfractur und demonstrirt das betreffende Präparat.

Ein 29 Jahre alter Taglöhner fiel bei einem Baue von einem 3 Stock hohen Gerüste herab und zeigte in der linken hinteren Scheitelgegend eine 3 Cm. lange, unregelmässige gequetschte Wunde. Der Kranke war bei klarer Besinnung, Gesicht blass, Puls 60.

In der Narcose wurde die Wunde genau untersucht, das linke Scheitelbein an kreuzergrosser Stelle vom Periost entblösst, aber nirgends gebrochen gefunden. Da ein Sturz von solcher Höhe ohne Entstehung eines Knochenbruches unwahrscheinlich erschien, wurde die Halswirbelsäule genau betastet, dieselbe geschwellt, gegen Druck empfindlich und einer der unteren Dornfortsätze beweglich und krepitirend gefunden. Die Diagnose wurde nun auf Fractur der Halswirbelsäule ohne besondere Verletzung des Rückenmarkes gestellt, da der Kranke vor und während der Narcose Bewegungen mit Händen und Füssen ausgeführt hatte. Bald nachdem der Kranke zu Bette gebracht war, machte man die traurige Wahrnehmung, dass er an allen Gliedmassen gelähmt war. Die Sensibilität reichte vom Kopfe bis zu den 2. Rippen, ging etwas über die Schultergürtel auf die Oberarme über, von da abwärts jedoch fehlte jede Empfindung. Haut- und Sehnenreflexe fehlten, mässiger Priapismus war zugegen, Katheterismus nothwendig. Da das Rückenmark des Kranken während der Ankunft und während der Narcose deutlich functionirte, so musste die plötzliche Lähmung aller Extremitäten, d. h. Zerquetschung des Rückenmarkes während einer Verschiebung der gebrochenen Halswirbelsäule zu Stande gekommen sein. Die Frage war nun die, welche Wirbel fracturirt seien? Das Athmen wurde ausschliesslich durch das Zwerchfell vermittelt. Da somit der N. phrenicus functionirte, welcher zumeist vom 4. Halsnervenpaare zwischen 3. und 4. Halswirbel abgeht, so nahm W. an, dass eine das Mark verletzende Fractur nur unter dem 4. Halswirbel stattgefunden haben könne. Er glaubte ferner, dass die Fractur den 5. oder 6. Halswirbel betroffen haben müsse, da ja beide Oberextremitäten vollständig gelähmt waren und das war ja auch beiläufig die Gegend, wo die Crepitation und Beweglichkeit des Dornfortsatzes bemerkt worden war.

Am 1. Tage war die Pulsfrequenz vermindert (46), die Temperatur subnormal (34°); der Kranke klagte über Schmerzen am Nacken. Am folgenden Tage stieg die sensitive Lähmung bis über die Schlüsselbeine und zum Acromion hinauf. An der Fühlgrenze war Hyperästhesie zugegen. Patient klagte über Kältegefühl und Ameisenlaufen an den gelähmten Theilen, es waren nun sowohl

Haut- als Sehnenreflexe zumal rechterseits vorhanden, der Priapismus bestand fort; endlich stieg die Temperatur auf 39°, der Puls auf 96, das Gesicht war hochgeröthet und der Kranke starb, ohne das Bewusstsein je verloren zu haben, 32 Stunden nach der Ankunft.

Bei der vom Assistenten Dr. Paltauf gemachten Obduction fand sich die Bandscheibe zwischen 5. und 6. Halswirbel zerrissen, das Mark an dieser Stelle bei unversehrter Dura entsprechend dem Austritte des 5. Halsnervenpaares entzweigedrückt, auch war der Bogen des 6. Halswirbels gebrochen und dadurch der zugehörige Processus spinosus beweglich geworden. Die Fractur an der Halswirbelsäule war offenbar dadurch entstanden, dass der Kopf nach dem Auffallen beim Ueberschlagen des Stammes nach vorne gegen das Sternum gedrückt wurde, an dem sich auch ein Bruch zwischen 2. und 3. Rippe vorfand. Brüche am Kehlkopfe, wie sie Prof. v. Hofmann unter solchen Verhältnissen öfters, besonders bei älteren Individuen, antraf, waren hier nicht zugegen.

Dieser Fall ist insofern von Interesse, als bei ihr die Bruchstelle und Läsion des Markes genau localisirt werden konnte und auch therapeutisch wichtig deshalb, weil er lehrt, bei dem Transporte und während der Narcose derartig Verletzter nur mit grösster Vorsicht vorzugehen.

Herr Prof. Dr. **Hofmokl** zeigt ein selteneres Präparat von einem grosszelligen Endothelsarcom des Knochenmarkes, welches Präparat er durch Enucleation der Hüfte gewonnen hat. Die kurze Krankengeschichte dieses Falles ist folgende:

Kaufmann E., 33 Jahre alt, Hausdiener, aufgenommen am 13. Juli 1886 auf eine interne Abtheilumg des k. k. Rudolfsspitales, von wo er am 2. August mit der Diagnose „Gonitis“ auf die II. chirurgische Abtheilung transferirt wurde. Der Kranke gab an, 8 Tage vor der Spitalsaufnahme beim Aufheben eines schweren Credenzkastens plötzlich ein Krachen im rechten Knie verspürt zu haben. Patient ging 3—4 Tage darnach, wenn auch unter Schmerzen, noch herum, und erst am 5. Tage legte er sich zu Bette, wegen grosser Schmerzhaftigkeit und Schwellung im verletzten Kniegelenke.

Status praesens: Vom 2. August 1886. Patient mittelgross, mässig genährt, blass. Thorax lang, schmal, Wirbelsäule mässig kyphoscoliotisch. In den inneren Organen nichts Abnormes. Die rechte Kniegelenksgegend stark, aber ungleichmässig geschwellt. Die grösste Schwellung an der Innenseite des Knies, entsprechend dem Condylus int. femoris. Die Geschwulst fluctuirend, Patella ballotirend. Starke Druckempfindlichkeit in der Gegend des Condylus internus. Patient fieberte und es bestand der Verdacht, dass es sich hier um Suppuration im Kniegelenke mit Durchbruch der

Kapsel handle. Am 7. August wurde deshalb eine Probepunction gemacht, dieselbe ergab jedoch eine blutig-seröse Flüssigkeit. Wegen andauernden Fiebers, und weil die Schwellung absolut nicht abnehmen wollte, wurde am 24. August in Narcose die Arthrotomie ausgeführt. An der Aussen- und Innenseite des Kniegelenkes wurde je ein 6 Cm. langer Schnitt gemacht, durch welche man mit dem palpirenden Finger die vordere Fläche des Femur rauh und über dem Condylus internus eine deprimirte Stelle vorfand, von dem Umfange einer Fingerspitze, daselbst zeigte sich der Knochen rauh morsch. Die eröffnete Geschwulsthöhle war theils mit einer gelblichen Synovia ähnlichen Flüssigkeit, theils mit Fibrin und Blutcoagulis erfüllt. Desinfection der Wunde mit $^1/_{10}\,^0/_0$ Sublimat. Drainage beiderseits. Die Schwellung nahm auch im weiteren Verlauf nicht ab; aus den Drains entleerten sich grössere Mengen jauchigen Blutes, aber keines Eiters.

Es entwickelte sich ausserdem oberhalb der medialen Incisionswunde eine bläulich-rothe, sehr elastische Stelle, die incidirt auch nur blutige Flüssigkeit und Blutcoagula hervortreten lässt. Da auch diese Behandlung nicht vom erwünschten Resultate war, wurde am 31. August die Amputation des rechten Oberschenkels ausgeführt. Die nähere Untersuchung des amputirten Theiles ergab nun folgendes:

Das Kniegelenk selbst war intact, das Periost am Oberschenkel war knapp über den Condylen angefangen, bis 10 Cm. oberhalb derselben, in der ganzen Circumferenz des Knochens abgehoben, der Knochen selbst an dieser Stelle rauh, wie mit kleinen Osteophyten besetzt, und der Condylus internus knapp über seiner oberen Grenze vom Schafte des Femur unregelmässig abgebrochen, jedoch noch in ziemlich fester Verbindung mit den Condylus externus stehend. Ausserdem fand sich an der vorderen Femurfläche eine circa haselnussgrosse Absumption des Knochens, der an dieser Stelle rauh war. Die Kniegelenkskapsel war von oben her durch das Blutcoagulum gegen das Gelenk zu förmlich hineingedrückt.

Auch die Amputationswunde heilte nur zum Theile. Der mittlere Antheil zeigte keine Tendenz zur Heilung, es schossen Anfangs hydropische Granulationen auf, später begannen dieselben stark zu wuchern, nahmen eine Pilzform an, dehnten sich der Fläche nach aus, einen Theil der schon vernarbten Partien durchbrechend. Es entfaltete sich das vollständige Bild eines malignen Neoplasmas, was auch die mikroskopische Untersuchung kleiner, excindirter Stücke bestätigte.

Aus diesen Gründen wurde am 23. November die Enucleation im rechten Hüftgelenke ausgeführt. Der Kranke steht in weiterer Behandlung.

Die Durchsägung des enucleirten, so wie des fracturirten Knochenstückes, ergab sowohl an der Fracturstelle selbst, als auch an vielen anderen Stellen des Knockenmarkes, bis hinauf gegen das Caput femoris zahlreiche, eingestreute, makroskopisch wie mikroskopisch nachweisbare markweiche Sarcommassen, welche die veranlassende Ursache des Knochenbruches waren.

Herr Dr. Zemann hält seinen angekündigten Vortrag über „Tuberculose des Oesophagus“.

Die Tuberculose des Oesophagus, die gemeinhin in den verschiedenen Lehr- und Handbüchern, als selten oder gar nicht vorkommend erwähnt wird, kommt in folgenden Formen vor:

Am häufigsten durch Uebergreifen der Tuberculose von bronchialen und trachealen gewöhnlich der an der Bifurcation der Trachea gelegenen Lymphdrüsen auf den Oesophagus; nicht selten sehen wir die Folgezustände derselben, die Effecte der Ausheilung, in Form narbiger Einziehungen oder der sogenannten Tractionsdivertikel. Es greift aber der tuberculöse Process, ausser dass es zum Durchbruch einer Lymphdrüsencaverne an besagter Stelle gekommen ist, auch auf die Wand des Oesophagus über und tritt eine Entwicklung von Tuberkelknötchen in derselben auf, die sich weiter in der Nachbarschaft ausbreiten, mehrere Centimeter nach auf- und nach abwärts der Stelle des directen Uebergreifens reichen und in seltenen Fällen zur Ulceration kommen können; gewiss sind derartige Fälle als Tuberculose des Oesophagus zu bezeichnen. Nach einer Berechnung von Louis scheint diese Form bei Phthisikern auch nicht so selten zu sein, er fand auf 120 derselben eine derartige Tuberculose des Oesophagus sechsmal, der Vortragende nach einer in den letzten Jahren angestellten Berechnung dreimal.

Ferner tritt Tuberculose des Oesophagus durch Uebergreifen des Processes in der Continuität von Nachbarorganen her, besonders dem Larynx und dem Pharynx, auf; da finden sich dann Ulcerationen und Infiltrate mit Knötchenentwicklung in verschiedener Ausdehnung im oberen Antheil.

Am interessantesten ist aber die Form der Ausbreitung des tuberculösen Processes, welche in Folge vorausgegangener Ulcerationen, meist durch Corrosion mittelst ätzender Substanzen hervorgerufen, auftritt. Der Vortragende beschreibt hierhergehörige vier Fälle, von denen der eine bereits von Dr. Breus demonstrirt und auch beschrieben worden war. Von einem jüngst vorgekommenen Fall konnte er noch das frische Präparat zur Illustrirung der früheren, im Museum des pathologisch-anatomischen Institutes conservirten Präparate eingehend demonstriren und bespricht sodann an der

Hand der klinischen Beobachtung den Verlauf des zuletzt beobachteten Falles.

Diese Fälle zeigen auch, warum der Oesophagus gewöhnlich so immun dem Eindringen der ihn ja oft in enormen Massen passirenden Bacillen gegenüber ist; fehlt die schützende Decke des, wie die Erfahrung bei verschiedenen chemischen Giften es zeigt, überhaupt sehr widerstandsfähigen Epithels, wie es in den Fällen statthatte, so wird auch er vom tuberculösen Process ausgedehnt ergriffen. Eppinger beschrieb einen Fall, in welchen den günstigen Boden eine üppige Soorentwicklung vorbereitet hatte.

Wien, am 3. December 1886.

Der Vorsitzende: Prof. Bamberger.

Für die Bibliothek der k. k. Gesellschaft der Aerzte sind nachstehende Werke eingegangen:

Mosetig-Moorhof, A. R. v.: Handbuch der chirurgischen Technik und 2. Hälfte. Leipzig und Wien 1886 und 1887.

Zeissl, Dr. M. v.: Ueber den Diplococcus Neisser's. Wien 1886.

Zeissl v. Herrmann, Dr. M.: Outlines of the pathology and treatment of Syphilis. New-York 1886.

Bericht der k. k. Krankenanstalt Rudolf-Stiftung in Wien vom Jahre 1885. Wien 1886.

Csokor, Prof. Dr. J.: Ueber Pentastomen und P. denticulatum aus dem Leben des Pferdes (Sep.-Abdr.).

Dr. Kállay's ärztlicher Almanach auf das Jahr 1886/7.

Römer, Dr. med.: Anleitung zur Pflege im Wochenbett. Tübingen 1884.

Schuchardt, Dr. Bernhard: Briefe Hahnemann's an einen Patienten aus den Jahren 1793—1805. Tübingen 1886.

Classen, Dr. August: Ueber den Einfluss Kant's auf die Theorie der Sinneswahrnehmungen und die Sicherheit ihrer Ergebnisse. Leipzig 1886.

Stifft, Dr. H.: Die physiologische und therapeutische Wirkung des Schwefelwasserstoffgases. Berlin 1886.

Ramdohr, Dr. H.: Die Typhus-Epidemie im königl. sächs. 1. Uhlanen-Regiment Nr. 17 zu Achatz im Herbst 1882. Leipzig 1884.

Adamkiewicz, Prof. Dr. Albert: Die Rückenmarkschwindsucht. Wien 1885.

Müller, Dr. C. W.: Zur Einleitung in die Elektrotherapie. Wiesbaden 1885.

Unverricht, Dr. H.: Experimentelle und klinische Untersuchungen über die Epilepsie. Berlin 1883.
Freund, Carl Sam., prakt. Arzt: Ueber Knochenentzündungen in der Reconvalescenz von Typhus abdominalis. Breslau 1885.
Festschrift zur fünfzigjährigen Jubelfeier der Kinderheilanstalt zu Dresden am 1. September 1884. Dresden 1884.
Bresgen, Dr. Maximilian: Der chronische Nasen- und Rachencatarrh. Wien und Leipzig 1883.
Semeleder, Dr. F.: Relacion de 45 cases de quistes abdominales. Mexico 1886.
Angel Anguiano: Anuario del observatorio astronomico nacional de tacubaya para año de 1887. Mexico 1886.



Summarischer Bericht über die Sitzung vom 3. December 1886.

Vorsitzender: Herr Hofrath von **Bamberger**.

Schriftführer: Herr Docent Dr. **Bergmeister**.

I. Administrative Sitzung: Verhandlung bezüglich der Aufnahme von Arbeiten in die Jahrbücher.

II. Wissenschaftliche Sitzung: Herr Dr. **Weinberger** stellt einen Fall von Sarcocele syphilitica beider Hoden vor.

Herr Docent Dr. **Riehl** hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber Orientbeule.

Zu diesem Vortrage spricht Herr Dr. **Pollak**.



Programm

für die am Freitag den 10. December 1886, Abends 7 Uhr, unter dem Vorsitze des Herrn Hofrath Prof. **Widerhofer** stattfindende Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

---

1. Herr Dr. **Teleky**: Ueber einen Fall von Meningitis cerebrospinalis epidemica.
2. Herr Prof. **J. Neumann**: Ueber die verschiedenen Reproductionsherde des syphilitischen Virus.

Vorträge haben angemeldet die Herren: Prof. Kundrat, Prof. Leidesdorf, Prof. v. Fleischl, Dr. Rabl.

Kundrat. Bergmeister.

Herausgeber: **Die k. k. Gesellschaft der Aerzte.** — Für d. Redaction verantwortl.: Prof. **E. Albert.**
Verlag von **Alfred Hölder,** k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.
Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

16. December 1886. Nr. 32.

Anzeiger

der

k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Protokoll der Sitzung vom 3. December 1886.

Vorsitzender: Herr Hofrath **von Bamberger.**

Schriftführer: Herr Docent Dr. **Bergmeister.**

I. Administrative Sitzung.

Gegenstand der Verhandlung bildet eine von 162 Mitgliedern unterfertigte Interpellation bezüglich der medicinischen Jahrbücher. Im VII. Hefte des laufenden Jahrganges der Jahrbücher finden sich ausschliesslich Publicationen, welche von der tschechischen Facultät in Prag herrühren. Zwei dieser Publicationen sind überdies nicht Original-Arbeiten, sondern Uebersetzungen von Arbeiten, welche bereits früher im tsechischen medicinischen Archiv „Sbornik lékarský" erschienen sind. In Erwägung dieser Thatsachen stellen die Interpellanten den Antrag, es möge die Gesellschaft der Aerzte beschliessen, dass bei der Auswahl der Arbeiten, welche in den Jahrbüchern zur Veröffentlichung kommen, darauf gesehen werde:

1. Dass keine einseitige Bevorzugung fremder Schulen stattfinde;

2. dass nur Original-Artikel aufgenommen werden.

Herr Prof. **Ludwig** giebt im Namen der Redaction die Erklärung ab, dass bei der Aufnahme der oben erwähnten Arbeiten in die Jahrbücher von Seite der Redaction keineswegs eine einseitige Bevorzugung einer einzelnen Schule beabsichtigt war. Es lagen damals andere Arbeiten nicht vor, so dass also eine Zurücksetzung der Arbeiten anderer Autoren oder eine Verzögerung in der Publication derselben nicht stattfand. Dass zwei der genannten Arbeiten Uebersetzungen waren, konnte die Redaction in dem vorliegenden Falle nicht wissen; die Verantwortung hierfür trifft den Einsender.

Herr Prof. **Fuchs** motivirt den Standpunkt der Interpellation, deren Spitze nicht im geringsten gegen die Redaction gerichtet sei, und empfiehlt die Annahme der vorgeschlagenen Anträge.

Ueber Vorschlag des Vorsitzenden einigt sich die Versammlung, den zweiten Punkt der Anträge dahin abzuändern, „dass mit seltenen, besonders berücksichtigungswerthen Ausnahmen nur Original-Arbeiten aufgenommen werden," in welcher Fassung beide Punkte einstimmig angenommen werden.

Ueber Antrag des Herrn Prof. Leidesdorf wird der Redaction für ihre schwierige Mühewaltung der Dank der Gesellschaft ausgesprochen.

II. Wissenschaftliche Sitzung.

Herr Docent Dr. **G. Riehl** hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber die Orientbeule.

R. bespricht die geographische Verbreitung der Beulenkrankheit, die fast den ganzen Nordrand der Sahara, das nördliche Egypten, grosse Theile Syriens, Persiens und Indiens, ausserdem Orte in der Krim, in Klein-Asien, auf Creta, Cypern, in Kaukasien und im ehemaligen Turkestan umfasst.

Da die Identität dieser Endemien nachgewiesen ist, soll die von Laverau vorgeschlagene Bezeichnung Bouton d'Orient, Orientbeule, allgemein eingeführt werden.

Nach kurzer Besprechung der Symptome und des Verlaufes der Affection erwähnt R. seine eigene Beobachtung an einem Arzte aus Urfa in Syrien.

Der Knoten wurde 1884 excidirt und zum Theil zu Züchtungsversuchen, zum Theil zur mikroskopischen Untersuchung in absoluten Alkohol aufbewahrt.

Histologisch erwies sich der nirgends ulcerirte Knoten als eine Granulationsgeschwulst. Die Infiltrate waren an den peripheren Partien als knötchenförmige Herde in das Bindegewebe eingeschoben, im Centrum vollständig confluirt, so dass nur Reste der Cutis nachweisbar waren. Im Centrum des Knotens fehlten die Papillen, auch das Rete war an einer kleinen Stelle verschwunden; unter dieser Partie der Epidermis zeigte das Gewebe Necrose, die in Form eines Streifens in die Tiefe zog. Die Infiltrate sind unabhängig von Haarbälgen und Drüsen, folgen theilweise dem Lauf der Gefässe; die letzteren sind im Bereiche des Knotens überall erkrankt, zeigen fast zum Verschluss führende Endarteritis. Die einzelnen Infiltratherde bestehen aus Rundzellen im Inneren aus epitheloiden Zellen und Riesenzellen.

Bei Färbung mit Thymol-Gentianaviolett oder Carbolfuchsin liessen sich im Zellprotoplasma zahlreiche Körperchen nachweisen

von 0·9—1·1 μ Durchmesser und vollkommen kugliger Gestalt. Ihre Lage ist im peripheren Theile des Zellprotoplasmas zu 2—30 in einer Zelle; sie bilden weder typische Haufen noch Reihen, sondern liegen immer getrennt von einander. Bei rascher Färbung liess sich im Innern dieser Körperchen ein kleiner rundlicher oder ovaler stark tingirter Coccus nachweisen, der von einer schwächer tingirten Kapsel umgeben ist, letztere ist auch mit Hämatoxylin färbbar. Die von Dr. R. Paltauf vorgenommenen Culturversuche blieben resultatlos.

R. bespricht die über die Aetiologie der Beulenkrankheit aufgestellten Theorien und die diesbezüglichen Arbeiten von Fleming, Smith, Carter, Dépérét et Boinet, Duclaux, Heydenreich und Cunningham.

Herr Dr. **Pollak** macht einige Bemerkungen über die Therapie des Bouton.

Wien, am 10. December 1886.

Der Vorsitzende: Dr. Widerhofer.

Summarischer Bericht über die Sitzung vom 10. December 1886.

Vorsitzender: Herr Hofr. Prof. **Widerhofer.**

Schriftführer: Herr Doc. Dr. **Riehl.**

Herr Prof. **Weinlechner** demonstrirt zwei operativ geheilte Fälle von Cystenkropf, einen Mann, dem ein Fragment des Stirnbeines entfernt wurde und einen Knaben mit Anus präternaturalis.

Herr Prof. **Mosetig v. Moorhof** zeigt ein von einem Selbstmörder herrührendes Präparat von Schussverletzung der Pleura, der Leber und des Magens.

Herr Dr. **Teleki** hält hierauf seinen angekündigten Vortrag über Meningitis cerebrospinalis, woran Hofr. Prof. v. Bamberger, Prof. Weichselbaum und Prof. Mauthner Bemerkungen knüpfen.



Programm

für die am Freitag den 17. December 1886, Abends 7 Uhr, unter dem Vorsitze des Herrn Professor **Exner** stattfindende Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Herr Prof. J. **Neumann**: Ueber die verschiedenen Reproductionsherde des syphilitischen Virus.

Vorträge haben angemeldet die Herren: Prof. Kundrat, Prof. Leidesdorf, Prof. v. Fleischl, Dr. Rabl.

Kundrat. Bergmeister.

Herausgeber: **Die k. k. Gesellschaft der Aerzte.** — Für d. Redaction verantwortl.: Prof. **E. Albert.**
Verlag von **Alfred Hölder,** k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.
Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

23. December 1886. Nr. 33.

Anzeiger

der

k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Protokoll der Sitzung vom 10. December 1886.

Vorsitzender: Herr Hofr. Prof. Dr. **Widerhofer.**

Schriftführer: Herr Doc. Dr. **Riehl.**

Prof. **Weinlechner** stellt mehrere von ihm mit Erfolg Operirte vor und bespricht die wichtigeren Erscheinungen der einzelnen Fälle. Auf seine Abtheilung kamen in letzterer Zeit fünf Kropfkranke, die er sämmtlich glücklich operirt hat. Im 1. Falle, den er jüngst der Gesellschaft demonstrirte, unterband er bei einem Colloidkropfe beide Art. thyr. sup., der Kropf wurde kleiner und die Kranke litt von da ab nicht mehr an Athemnoth. Damit nicht zufrieden, drängte sie aus Schönheitsrücksichten auf gründliche Entfernung der Struma. Dieselbe wurde am 25. November 1886 in ihrem rechtsseitigen grösseren Antheile vollkommen entfernt und das linke nur mehr wenig vergrösserte Schilddrüsenhorn belassen. Die Exstirpation geschah 47 Tage nach der Unterbindung der Art. thyr. sup. Inzwischen hatte sich der Collateralkreislauf so weit entwickelt, dass an der oberen Peripherie der Kropfgeschwulst mehrere arterielle Ligaturen nothwendig wurden. Der N. laryng. recurrens war während der Operation durchtrennt worden, wodurch Patientin mehrere Tage aphonisch wurde. Nun ist ihre Stimme bereits wieder so laut, wie vor der laryngoskopisch nachweisbaren Lähmung des rechten Stimmbandes. Gleichwie nach der Ligatur der Art. thyr. sup. traten auch nach der Exstirpation circa 12—13 clonische Krampfanfälle zuerst der rechtsseitigen und dann der linksseitigen Extremitäten auf. Der entfernte Kropf wiegt 470 Grm. und hat ein Volumen von 360 Ccm.

Bei einer 45jährigen Handarbeiterin, welche, aus einer Kropfgegend stammend, seit 25 Jahren an einem dicken Halse und seit einigen Wochen an Schwerathmigkeit litt, wurde eine zwischen

den Kopfnickern mehr rechterseits als links sich ausbreitende, daher den Kehlkopf nach linkshin verdrängende Schilddrüsencyste am 13. October exstirpirt. Der Inhalt war eine gelblich gefärbte, schmierige Masse und der Balg mit vielen Kalkblättchen ausgekleidet. Die Heilung ging, abgesehen von einer Nachblutung, glatt vor sich. Der Umfang des Halses ist um 7 Cm. kleiner geworden.

Der dritte Fall betrifft einen 24 Jahre alten Knecht, welcher seit sieben Jahren an Kropf und seit mehreren Wochen, als dieser rasch grösser geworden, an nicht unbedeutenden Athembeschwerden leidet. Die linkerseits entstandene Cyste hat den Kehlkopf nach rechts verschoben. Am 5. November wurde die Cyste in der Absicht, den Balg mit der Haut zu vernähen, gespalten; da jedoch beim Ausräumen der Höhle eine sehr bedeutende Blutung auftrat, der Sack nach provisorischer Tamponade im Ganzen exstirpirt. Die Cyste enthielt 500 Grm. blutig-seröser Flüssigkeit. Der Umfang des Halses hat bei nahezu vollendeter Heilung um 10 Cm. abgenommen.

Bei den zwei anderen nicht vorgestellten Kropfkranken hat W. bei einem Manne einen pomeranzengrossen Kropfknoten gespalten, das erweichte Innere ausgelöffelt, den Balg mit der Haut vernäht und mit Jodoformgaze tamponirt, im letzten Falle bei einem Mädchen die ebenso grosse entstellende und durch Druck Athembeschwerden hervorrufende Cyste punctirt und Jodtinctur injicirt.

Nun demonstrirte W. einen 24jährigen Arbeiter, welcher am 10. November durch ein von einer Kreissäge abgeschleudertes Holzstück an der Stirne derart verletzt worden war, dass daselbst linkerseits die Weichtheile in Form eines $5^1/_2$ Cm. langen und 3 Cm. breiten Lappens mit oberer Basis abgehoben erschienen und dass ein 6 Cm. langes und $2^1/_2$ Cm. breites Stückchen des Stirnbeines um etwa $^1/_2$ Cm. tiefer gelagert, mehrfach zerbrochen und in sich selbst deprimirt war. Von diesem eingedrückten Knochenstückchen gingen zwei Fissuren parallel gegen das linke Orbitaldach, das herabgedrängt war, ein Sprung wahrscheinlich auch gegen die Lamina cribrosa, denn Patient hatte starkes Nasenbluten; auch aus dem linken Ohre kam Blut und Prof. Gruber constatirte einen Querriss des Trommelfells.

Der Mann war bewusstlos, bleich, der Puls verlangsamt, auch war Erbrechen zugegen. Das eingedrückte Stirnbein wurde herausgehoben und entfernt, nachdem durch Abstemmen des oberen Begrenzungsknochens Raum geschaffen worden war. Das herabgedrängte Orbitaldach wurde mit einer Zange reponirt, die Wunde vereinigt und drainirt.

Nach wenigen Tagen schwanden die Erscheinungen der Gehirnerschütterung, ohne Fieber heilte Alles per primam, Patient



fühlt sich vollkommen wohl und an Stelle des ausgeschalteten Knochenstückchens sind die Gehirnpulsationen sichtbar.

W. stellt schliesslich einen 12jährigen Knaben vor, den er 3 Tage nach dessen Geburt im St. Anna-Kinderspitale operirt hat. Damals war der After des Kindes ziemlich hoch hinauf verschlossen und man constatirte später eine Communication der Analportion mit der Harnröhre, aus welcher nur zeitweilig Urin durch den After abging. Es bestand somit eine Atresia ani urethralis. Im Monate August 1884 kam der Knabe in's Krankenhaus, weil dessen Mastdarm mit Kirschkernen ganz erfüllt war. Die Kerne wurden wiederholt und schliesslich in der Narcose mit einem Steinlöffel entfernt. An Stelle des Afters sieht man eine narbige Längsspalte, 3 Cm. oberhalb einen mit Schleimhaut ausgekleideten Trichter, dessen enger Theil in die Harnröhre führt. Der Junge konnte den Stuhl nicht halten, und andererseits konnten die Kothmassen nicht gehörig abgesetzt werden. Er wurde wegen des beständigen üblen Geruches in der Schule nicht behalten und der unleidliche Zustand erforderte Abhilfe. W. machte nun eine Colotomie und musste, da sich später zwischen dem zu- und abführenden Darmstücke eine Communication wieder hergestellt hatte, diese Operation wiederholen. Nunmehr galt es, dem Knaben einen passenden Verschluss für diesen künstlichen After beizustellen. Die Doppelballons aus Kautschuk, wie sie Maydl, Teleky u. W. selbst empfohlen haben, bewährten sich unvollkommen, weshalb W. aus Hartkautschuk einen soliden Doppelknopf als Verschlussmittel anfertigen liess. Da dieser Knopf jedoch bei jeder Stuhlentleerung entfernt und dann wieder eingeführt werden musste, was nicht immer ohne Schmerzen abging, so wurde aus demselben Materiale ein durchbohrter Doppelknopf gefertigt, der mittelst Conductors eingeführt wird, stets liegen bleibt, indem der Stuhl nach Entfernung des Conductors durch die weite Lichtung des Knopfes abgeht. Der Hals des Doppelknopfes wird von dem Rande der Oeffnung des widernatürlichen Afters, zu Folge der Tendenz jeder benarbten Oeffnung sich zu verkleinern, so fest umschlossen, dass der Knopf ohne weiteres Zuthun sitzen bleibt. Dieser einfache und handsame Apparat entspricht den gesetzten Anforderungen bis auf den Uebelstand, den er übrigens mit den Doppelballons gemein hat, dass bei Windabgang mitunter auch etwas Koth neben herausgedrängt wird. Der Apparat hat sich übrigens auch in dem Falle einer wegen Strictura oesophagi angelegten Magenfistel recht prakticabel erwiesen.

Herr Prof. Dr. **Mosetig v. Moorhof** berichtet über eine in selbstmörderischer Absicht zugefügte Schussverletzung der Pleura, des Zwerchfells, der Leber und des Magens und demonstrirt das von diesem Falle herrührende anatomische Präparat.

Dr. **Teleky** hält seinen angekündigten Vortrag über Meningitis cerebrospinalis epidemica.

Er erzählt zunächst die Geschichte eines Krankheitsfalles, den er vom 1. April bis 20. Juni d. J. beobachtete. Es handelte sich um ein 19 Jahre altes, hereditär nicht belastetes, bisher gesund gewesenes Mädchen, welches unter sehr günstigen äusseren Verhältnissen lebte. Am 31. März bekam sie einen Schüttelfrost, Kopfschmerzen; am nächsten Tage waren die Haut des ganzen Körpers und die sichtbaren Schleimhäute mit sehr zahlreichen Ecchymosen wie besäet. Temperatur 37·6, Puls 64. Am 3. Krankheitstage Ptosis des linken Lides, am 4. Parese des linken Armes, am 5. Nackenschmerzen, Hyperästhesie der ganzen Haut, entzündliche Schwellung in mehreren Gelenken. Die Ecchymosen verblassten allmälig und andere Exantheme: Urticaria, Roseola und Sudamina erschienen. Am 9. heftige Ohrenschmerzen, Diplopie. Zu Beginn der 3. Krankheitswoche Hallucinationen, Delirien. Am 24. Tage Sopor, am 27. Cheyne-Stokes'sches Athmungsphänomen. Dazwischen Stunden und halbe Tage vollkommene Euphorie. Temperatur 37·6 bis 39·5. Am 30. Tage vollständige Remission aller Krankheitserscheinungen, welche 8 Tage anhält. Eine zweite Remission von 24stündiger Dauer ist am 43., ein 3. von siebentägiger Dauer am 46. Tage. Am 52. treten Convulsionen auf, ebenso am 55., 59., 60. und am 82., dem Todestage. Am 53. Tage ist die 4. Remission und vom 73. bis 78. Tage die 5. Der Harn war eiweisshältig bis zum 38. Tage.

Die Körperwärme war meist incongruent der Pulsfrequenz. In der ersten Krankheitshälfte der Puls langsamer, in der letzten Zeit frequenter als es der Temperatur entsprochen hätte. Am 20. Juni nach dem 6. Anfalle von Convulsionen starb die Kranke. Der Obductionsbefund ergab milchige Trübung der inneren Häute an der Basis des Hirns und am Rückenmarke, molkenähnliche Flüssigkeit in den hochgradig ausgedehnten Hirnventrikeln. Ein verkreideter Tuberkel in der linken Lungenspitze, keine Milzvergrösserung.

Der Vortragende glaubt aus diesem Befunde schliessen zu können, dass ebenso wie der Tod, auch die nach den Remissionen folgenden, scheinbaren Krankheitsnachschübe durch die Entwicklung des Hydrocephalus bedingt waren.

Nach einer allgemeinen historischen Skizze geht der Vortragende auf die Geschichte der Krankheit in Wien näher ein. In den Jahresberichten der grossen Krankenhäuser und der Kinderspitäler Wiens fand er die Diagnose Meningitis cerebrospinalis zum ersten Male 1865, resp. 1872, 1879 und 1883. Doch seien die infectiösen Formen der Krankheit von den aus anderen Ursachen: Caries, Tuberculose, Trauma entstandenen, nicht gesondert,

daher auch die Zahl der hier vorgekommenen Fälle infectiöser Natur nicht zu bestimmen. Ueber unzweifelhafte Fälle von infectiöser Cerebrospinalmeningitis in Wien hatten berichtet Kollet, D. Winternitz (London 1865), Kratschmer 1872. Gleichzeitig mit der Epidemie in Mailberg (Nieder-Oesterreich) im Frühlinge d. J. seien auch einzelne Fälle in Wien und dessen nächster Umgebung vorgekommen. Aus dem Umstande, dass vor dem Erscheinen einer Epidemie in Oesterreich die Diagnose Meningitis cerebrospinalis in keinem Krankenhausberichte vorkommt, glaubt der Vortragende schliessen zu dürfen, dass sämmtliche Fälle genuiner Cerebrospinalmeningitis der infectiösen Form angehören.

Der Vortragende bespricht nun die Aetiologie, hält die Krankheit für infectiös; ob auch contagiös, sei noch unentschieden. Der bacteriologischen Befunde Eberth's, Leyden's, Fränkl's wird Erwähnung gethan.

Die Prognose gestalte sich nach dem Charakter der Epidemie.

Die Therapie könne nur eine symptomatische sein. Blutentziehungen, als im besten Falle nicht nützlich, seien principiell zu vermeiden. Gegen die Kopfschmerzen leisteten gute Dienste der Leiter'sche Wärmeregulator, Chinin. Die Unruhe wurde mit Brompräparaten zu bekämpfen versucht, doch war deren Wirkung nur von kurzer Dauer, trotzdem die Patientin mitunter an einem Tage 20 Gramm Bromnatrium genommen. Subcutane Morphininjectionen leisteten in dieser Richtung Erspriesslicheres. Hydrotherapeutische Proceduren seien bei schweren Fällen wegen der Hyperalgesie schwer durchzuführen und wurde bei der Patientin nur einmal eine feuchte Einpackung gestattet. Jodkalium wurde vom Anbeginne der dritten Woche gegeben. Auf die Ernährung wurde grosse Aufmerksamkeit verwendet. Trotz der sorgsamsten Pflege starb die Kranke nach fast drei Monate langem Leiden.

Herr Hofr. v. Bamberger erwähnt, dass der eben geschilderte Fall ganz exceptionell verlaufen sei; der Gedanke an eine schwere Infectionskrankheit, speciell Variola, sei sehr naheliegend gewesen, zumal Anfangs wenige cerebrale Symptome vorhanden waren.

Die Zahl der im heurigen Sommer in Wien vorgekommenen Fälle von Meningitis cerebrospinalis sei eine unbedeutende, der Verlauf ein günstiger gewesen, denn es wurden nur zwei oder drei Sectionen vorgenommen. Es scheint fast, dass, während endemische Cerebrospinalmeningitis herrscht, auch die Fälle von tuberculöser Cerebrospinalmeningitis häufiger vorkämen. Eine Verwechslung ist dann um so leichter möglich, als ja eine sichere Diagnose häufig unmöglich ist und sich die Symptome im Allgemeinen nur graduell unterscheiden. Nur das plötzliche Eintreten der verschiedenen Symptome scheint für die epidemische Form charakteristisch zu sein.

Die in T.'s Falle beschriebenen Petechien sind ein für Meningitis cerebrospinalis äusserst seltenes Symptom. Herpes facialis wird öfter beobachtet. v. B. erwähnt einen Fall seiner Klinik, bei welchem nach Heilung einer schweren Meningitis cerebrospinalis fast vollständige motorische Lähmung der unteren Extremität zurückgeblieben ist, während die Sensibilität, die Fähigkeit zu localisiren, intact, die Sehnenreflexe nur wenig herabgesetzt waren. v. B. berichtet ferner über einen Fall von Meningitis cerebrospinalis, den er vor wenigen Tagen im VII. Bezirk bei einem 15jährigen Mädchen gesehen hat und der circa sieben Wochen alt sein dürfte. Die Kranke leidet an unstillbarem Erbrechen, Collaps und hochgradiger Abmagerung, Symptome, welche die Prognose ungünstig gestalten und auf das Bestehen eines Hydrocephalus hinweisen.

Die Epidemie ist nach dieser Beobachtung noch nicht als erloschen zu betrachten.

Herr Prof. Dr. Weichselbaum erinnert an die Epidemie in der Wiener Garnison, während welcher (1883) vier Todesfälle vorkamen. Einen ähnlichen Fall, wie den T.'s, hat W. kurz darauf (von der Abtheilung des Prima. Mader) secirt. Der Befund war ähnlich, es bestand mässiger Hydrocephalus und Verwachsung der Rückenmarkshäute.

Zur Aetiologie bemerkt W., dass zunächst die Frage zu lösen sei, ob die sporadisch vorkommenden Formen, bei welchen keine andere Ursache nachweisbar ist, mit der epidemischen identisch sind. Dabei wird von allen secundären Formen abgesehen; so fand W. z. B. in einem Falle Phlegmone in den Nebenhöhlen der Nase als primäre Erkrankung und konnte aus dem Eiter und aus den Hirnhäuten Streptococcus pyogenes züchten. In anderen Fällen fand W. den Diplococcus pneumoniae in den Hirnhäuten nach Pneumonie.

Für die epidemische Form liegen keine positiven bacteriologischen Resultate vor. Bei drei sporadischen Fällen (ohne Complication) fand W. eine eigene Coccenart, die nur bei Bruttemperatur und an der Oberfläche des Nährbodens wächst und deren Ueberimpfbarkeit sehr rasch erlischt.

Thierexperimente fehlen bis jetzt.

Herr Prof. Dr. Mauthner bespricht die bei Meningitis cerebrospinalis beobachteten eigenartigen Augenaffectionen. M. sah am 1. October ein völlig gesundes Mädchen, das angab, seit Wochen jeden Morgen bis ungefähr 10 Uhr schlecht und trübe, wie durch einen dichten Schleier zu sehen. Nachmittag war ihr Sehvermögen normal. Bei der Untersuchung erwies sich die Sehschärfe normal, auch mit dem Spiegel konnte keine Veränderung nachgewiesen werden.

Wenige Tage später erkrankte das Mädchen an heftigen Symptomen der Cerebrospinalmeningitis.

M. erklärt sich die Erscheinung so, dass er annimmt, das Exsudat comprimire bei liegender Stellung (Nachts) das Chiasma, in aufrechter Stellung werde der Druck behoben und so die normale Sehschärfe wieder hergestellt. Sehstörungen bei Meningitis cerebrospinalis sind überhaupt selten. Augenmuskellähmungen aber noch seltener, die Ptosis in T.'s Fall repräsentire also auch ein ganz ungewöhnliches Symptom.

Wien, am 17. December 1886.

Der Vorsitzende: Prof. Dr. Sigm. Exner.

Summarischer Bericht über die Sitzung vom 17. December 1886.

Vorsitzender: Herr Prof. Dr. Sigm. Exner.

Schriftführer: Herr Prof. Dr. J. Csokor.

Herr Dr. S. Hochenegg demonstrirt den vor kurzer Zeit in der Gesellschaft vorgeführten Fall von Actinomykosis nach der stattgefundenen Operation.

Herr Prof. Dr. Neumann hält seinen angekündigten Vortrag über die verschiedenen Reproductionsherde des syphilitischen Virus.

An der Discussion betheiligte sich Herr Dr. Schiff.

Herr Prof. Weinlechner macht eine Mittheilung über Chlorzinkinjectionen bei chirurgischen Operationen, insbesondere bei Operation der Hämorrhoidalknoten.

An der Besprechung betheiligen sich die Herren: Prof. Dr. Dittel, Prof. Dr. Hofmokl und Prof. Dr. Weinlechner.

Herr Hofr. Prof. v. Bamberger macht eine Mittheilung über einen Fall von Hämoglobinurie, welcher sich derzeit auf der Klinik befindet.



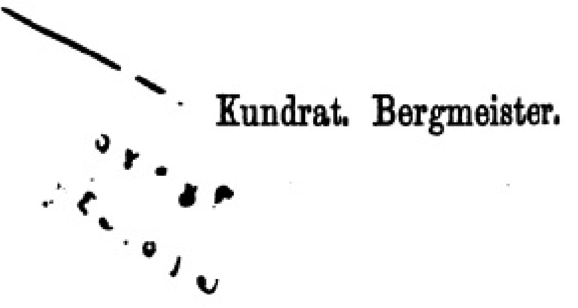
Programm

für die am Freitag den 7. Jänner 1887, Abends 7 Uhr, unter dem Vorsitze des Herrn Präsidenten Hofrath v. **Bamberger** stattfindende Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

---

1. Herr Prof. **Kundrat**: Demonstration.
2. Herr Prof. **Leidesdorf**: Ueber die sogenannten psychisch-epileptischen Aequivalente.

Vorträge haben angemeldet die Herren: Prof. Kundrat, Prof. v. Fleischl, Dr. Rabl.



Kundrat. Bergmeister.

Herausgeber: **Die k. k. Gesellschaft der Aerzte.** — Für d. Redaction verantwortl.: Prof. **E. Albert.**
Verlag von **Alfred Hölder,** k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.
Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.